

blätter des iz3w

informationszentrum dritte welt - iz3w

Medizin in der Dritten Welt

NACHRICHTEN UND KURZBERICHTE ZU:

Arabische Länder	3
Asien	4
Lateinamerika	6
Tropisches Afrika	6

MEDIZIN IN DER DRITTEN WELT

Was ist westliche Medizin?	10
Traditionale Vorstellungen der Zulus über Gesundheit	12
Westliche Medizin in Tansania - ein trojanisches Pferd des Kolonialismus	14
Sozio-ökonomische Bedingungen für Krankheit - z.B. Rhodesien und sein unzulängliches Gesundheitswesen	22
Typische Krankheiten: Tuberkulose, Masern, Bilharziose	24
Prioritäten der WHO für die Medizin in der Dritten Welt	28
Deutsche Firma „spendet“ künstliche Niere für Nepal	30
Die Bedeutung der Volksmedizin für Gesundheitsstrategien in Chile	33
Ein sinnvolles Gesundheitsprojekt in Chimaltenango (Guatemala)	38
Das Gesundheitswesen in Peru	45
Mutter-und-Kind-Vorsorge in Papua-Neuguinea	48
Sinn und Unsinn des Medikamentensammelns	50
Als engagierter Arzt auf den Kapverden	52

ALBANIEN-CHINA

Kritik an der Drei-Welten-Theorie	54
-----------------------------------	----

REPRESSION IN DER BRD

Gegen die Ausweisung einer indischen Studentin und die Entrechtung aller Ausländer	57
--	----

AKTIONEN

Solidaritätsbrief junger Christen für Ernesto Cardenal	58
Indianerbesuch in der Bundesrepublik	58

IMPRESSUM

blätter des iz3w

herausgegeben vom Informationszentrum
Dritte Welt, Postfach 5328, D-7800 Frei-
burg i. Br., Telefon: 0761 / 74003.

Zusammengestellt von:

Siegfried Bartels, Roland Beckert, Gerhard Braun, Yolanda Broyles, Georg Cremer, Hans Diefenbacher, Hendrike Fahrenholtz, Eberhard Göhl, Susanne Habicht, Sabine Hagemann, Heiner Hiltermann, Klaus Höweling, Clemens Jürgenmeyer, Bettina Kocher, Hildegard Maur, Mechthild Maurer, Bernhard Merk, Götz Nagel, Horst Pöttker, Peter Poschen, Peter Riedesser, Raili Samela-Göhl, Peter Schmid, Bertina Schulze-Mittendorf, Albert Sommerfeld, Beate Thill, Hildegard Wenzler, Walter Witzel.

Nachdruck einzelner Artikel mit Quellen-
angabe erwünscht.

Satz: Compositorsatz Caballero, Talstr. 44,
7800 Freiburg, Tel.: 0761 / 75 809

Druck: SOAK, 3 Hannover 1, Am Tauben-
felde 30, Telefon: 1 76 18

Konten (Aktion Dritte Welt e.V.: Post-
scheckkonto Karlsruhe Nr. 1482 39 - 755;
Österreichische Postsparkasse Nr. 2377.047;
Postscheckkonto Basel Nr. 40-35899.

Jahresabonnement (8 Ausgaben) im In-
und Ausland: DM 28,- (für Rentner, Ar-
beitslose, Schüler, Studenten, Wehr- und
Zivildienstleistende sowie andere einkom-
mensschwache Gruppen nach Selbstein-
schätzung: DM 20,-)

Luftpostabonnements: Europa (einschl.)
UdSSR, Türkei) DM 23,60 bzw. 31,60;
Afrika, Nord- und Mittelamerika, Nahost
und Südasien DM 34,40 bzw. 42,40; Süd-
amerika, Südostasien, Fernost DM 41,60
bzw. 49,60; Australien, Südpazifik DM
48,80 bzw. 56,80.

Schweiz: Fr. 28,- bzw. 20,-

Österreich: S 200,- bzw. 140,-

Einzelpreis: DM/Fr 2,50/S 17,-

Broschüre

ÖKONOMISCHER VÖLKERMORD IN CHILE

Offene Briefe an den Nobelpreisträger
Milton Friedman von
André Gunder Frank

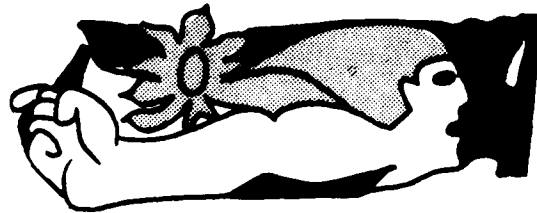
Zur Person des Autors

Offener Brief an Arnold Harberger

Offener Brief an Milton Friedman und Arnold Harberger

Inflation in Chile

Ökonomischer Völkermord via monetaristischer Sozialismus-
Austreibung mit Nobelpreis geehrt



Herausgeber: Aktion Dritte Welt
Postfach 5328
78 FREIBURG

Preis der Broschüre: 2,- DM
(Preis für Wiederverkäufer: 1,20)

Herausgeber: Aktion Dritte Welt

NEUES FORVM

1977

Jän./ LINKE (Borneman, Mandel, Nanning)
Feb.: ITALIEN (Dvorak, Geyrhofer, Müller)
März: KRISE (Mandel, Vigier, Ipsen, focus)
April: BLATTLINIENDISKUSSION (Redaktion)
RÜSTUNG (Kennan, Rothschild)
Mai: ATOMKRAFT (Jungk, Gofman, Lötsch u. a.)
Juni/ RADIKALE (Nanning, Palme, Pataki, Roth)
Juli: FILM (Geyrhofer, Hopp, Pezold)

An NF-Vertrieb A-1070 Wien Museumstraße 5 Tel. 93 33 53 / Diese Anzeige fand ich in:
Ich bestelle das NF vom um 65 44 DM/str 650 ☐ ein Gratisprobierheft
☐ 1. Jahresabo um 65 320 DM/str 48 (Studenten 65 240 DM/str 36 / Nachweis!)
NAME ADRESSE

EXEMPLA

die Tübinger Literaturzeitschrift

erscheint neu im Oktober (Jg. 3, Heft 2)
mit Gedichten, Erzählungen und Zeug-
nissen von politischen Gefangenen in
Lateinamerika und von Lateinamerikanern
im Exil.

Vorbestellungen an: Exempla, c/o Seminar für Allge-
meine Rhetorik der Universität Tübingen, Wilhelm-
straße 50, 7400 Tübingen 1.

Bitte gleichzeitig 5.- DM überweisen (incl. Versand-
kosten) auf Dresdner Bank Tübingen,
Konto-Nr. 3 468 264

NACHRICHTEN UND KURZBERICHTE



Arabische Länder

WESTSAHARA

FILMREZENSION:

„Wir werden den Tod haben, um zu schlafen“

Produktion: Les films Soleil O, Frankreich/Mauretanien 1977

Regie/Buch: Med Hondo

Kamera: Jean Monsigny

Dauer: 135 Min

Verleih: ab Oktober 1977 bei „Freunde der deutschen Kinemathek“ e.V., 1 Berlin 30, Welsersstraße 25

Kosten: ca. 200,- DM pro Tag

Die Westsahara liegt zwischen Marokko und Mauretanien, im Westen begrenzt durch den Atlantik. Flächenmäßig entspricht sie ungefähr der Größe der BRD. Die Bevölkerungsangaben schwanken zwischen 80.000 und 500.000 Saharais.

1. Geschichtlicher Überblick

Ursprünglich ernährten sich die nomadisierenden Stammesverbände an der Küste durch Fischfang, die Stämme im Landesinneren durch Viehzucht. 1882 begann die Kolonialisierung der Westsahara durch Spanien. Zwei Jahre darauf fand die Berliner Konferenz statt, die eine imperialistische Aufteilung Afrikas beschloß. Die Westsahara wurde nun offiziell Spanien zugesprochen. Im Zuge der Kolonialisierung wurden die Nomaden gehindert, in ihre gewohnten Wandergebiete zurückzukehren. Im Laufe dieses Jahrhunderts hat das Volk seinen Widerstand formiert und es brachen mehrere Aufstände aus (1936, 1957/58), die aber nur eine strengere Unterwerfung zur Folge hatten. So gab es von diesem Zeitpunkt ab eine dauernde spanische Besatzungsarmee und politische Polizei.

1973 wurde die F. POLISARIO (Frente popular para liberacion de Saguit el Hamra y Rio de Oro) gegründet. Allerdings hört man sehr wenig über die Widerstandsbewegung in der westlichen Welt, da Franco eine Informationssperre über das Land verhängt hatte. Spanien zog sich allmählich aus der Westsahara zurück, sicherte sich aber einen Großteil der Gewinne aus den Phosphatvorkommen und den Fischbeständen. Daraufhin erheben Mauretanien und Marokko Besitzansprüche an das Land, um die restlichen Gewinne einzusacken. Die Westsahara wird heute von beiden Ländern verwaltet. Gegen diese Einmi-

schung der Nachbarländer formierte sich der Widerstand der POLISARIO-Front immer stärker und beginnt sich gegen die „friedlich“ einmarschierenden marokkanischen Truppen zu wehren („Grüner Marsch“, Ende 1975).

2. Wirtschaftliche und strategische Bedeutung der Westsahara

Die strategische Bedeutung der Westsahara liegt in der Sicherung der amerikanischen Militärbasen auf den kanarischen Inseln. Hier wird das Interesse der USA deutlich, einen Einfluß autonomer Kräfte zu verhindern. Darüber hinaus bildet das Gebiet einen wichtigen Kontrollpunkt der Zufahrt vom und zum Mittelmeer in Verbindung mit Marokko, Mauretanien und den Kanarischen Inseln (sog. „Strategisches Dreieck“).

Wirtschaftlich können die Invasoren Gewinne aus den großen Phosphatvorkommen und den reichen Fischbeständen ziehen.

3. „Wir werden den Tod haben, um zu schlafen“

Das ist der Titel eines Filmes von Med Hondo über die Arbeit der POLISARIO-Front, der während der Berliner Filmfestspiele im Juli 1977 gezeigt wurde.

Ziel des Filmes ist, über den gegenwärtigen Kampf der Front in der Westsahara zu informieren. Um den Mangel an Wissen über den geplanten Völkermord auszugleichen, richtet sich der Film an die Menschen der westlichen Welt. Sie sind aufgerufen, den Kampf des unterdrückten Volkes zu unterstützen.

In ergreifenden Bildern wird das Leben des saharaischen Volkes in den Flüchtlingslagern geschildert. Unter freiem Himmel findet der tägliche Unterricht von Frauen, Männern und Kindern, jung und alt, statt. Er beginnt mit dem Lied der POLISARIO „Hört ihr Völker, die Revolution in der Sahara hat begonnen.“ In den Schreib- und Leseunterricht fließen Informationen über die Unterdrückung des Volkes und die Besetzung des Landes durch die Nachbarländer Marokko und Mauretanien ein. Der praktische Teil des Unterrichtes umfaßt die Einweisung im Umgang mit Gewehren. Auch daran nehmen Frauen und Kinder teil. Neben der Darstellung des täglichen Lebens der Flüchtlinge werden Erleb-

nisberichte von Frauen, Soldaten der Front, Verwundete und Gefangene gezeigt.

Frauen berichten von ihrer Flucht aus Aaiun. Selbst hochschwangere Frauen hatten sich entschlossen, mit der Front mitzuziehen und deren Kampf zu unterstützen.

Unter dem Bombardement marokkanischer Flugzeuge gebären sie ihre Kinder. Es war sehr eindrucksvoll, die weinenden Säuglinge in den Armen ruhig und sicher sprechender Frauen zu sehen.

Die Soldaten der Front berichten über die Größe, Organisation, Verlegung und Versorgung der Lager. Verwundete marokkanische und mauretanische Gefangene führten in ihrem Zelt ein Gespräch mit einem Kämpfer der POLISARIO. Sie sind ebenso Söhne von Bauern und Arbeitern wie der Großteil der Frontkämpfer. Sie erzählen, daß sie ohne Information darüber gewesen seien, gegen wen oder für was sie in den Krieg ziehen mußten. Im Lager setzen sie sich zum ersten Mal mit den politischen Zielen der POLISARIO-FRONT und denen der Invasoren auseinander.

Ein Interview mit zwei gefangenen französischen Lehrern, die zur Jagd und zum Fotografieren in die Sahara gekommen sind, zeigt deutlich, wie wenig die Welt außerhalb des Landes über die Vorgänge dort Bescheid weiß. Über ihr Wissen darüber befragt sagten sie, sie hätten lediglich in Zeitungen gelesen, die Westsahara sei ein unbewohntes Land. Welches der Nachbarländer sich einen Teil des Landes einverleibt, sei daher gleichgültig.

Die Brutalität der Besatzer wurde an Szenen in einem Krankenhaus deutlich. Dort werden Kinder und Frauen, die von Napalmbomben verwundet sind, behandelt. Sie berichten, daß sie sich friedlich in ihren Lagern aufhielten, als sie bombardiert wurden.

Zwischen diesen erschreckenden Bildern wird der Zuschauer über den aktuellen Verlauf der Kämpfe im Land informiert. Wechselnder Verlauf der Front und die Truppenbewegungen werden gezeigt.

Der Film hat ruhige, ästhetische Bilder. Trotzdem ist er bewegend, aufrüttelnd und kämpferisch und schafft Solidarität mit dem saharaischen Volk.



Anmerkung über die neuesten Vorgänge:

1. Am 3. Juli 1977 haben Guerilleros der POLISARIO-Front die mauretanische Hauptstadt Nouakchott angegriffen. Das Feuer wurde von der mauretanischen Armee erwidert. (Frankfurter Rundschau, 5.7.1977).
2. Ein Attentat auf den mauretanischen Botschafter in Paris wurde der POLISARIO-FRONT unterstellt, was aber später von ihr bestritten wurde (FR 8.7. und 9.7.1977).

Angela Mahnkopf
Luitgard Matuschka

Literaturhinweise:

- Zeitschrift für Internationalen Kulturaustausch, Hft. 8/77
- APEP Report Nr. 1, Demokratische Arabische Republik Sahara; Mit dem Gewehr werden wir die Freiheit erobern (zu beziehen über W. Mai, Forsterstr. 43, 1 Berlin 36)
- Blätter des iz3w, Nr. 49, S. 27 ff; Nr. 59, S. 35 ff.

Asien

KAMPUCHEA

Die erst langsam anlaufende Öffnung des Landes erlaubt es noch nicht, eine exakte Bilanz von den ersten Jahren des Wiederaufbaus zu ziehen. Die internationalen Hetzkampagnen gegen das demokratische Kampuchea (koloniale Bezeichnung: Kambodscha) reißen ununterbrochen nicht ab. Die Sensationsberichte mit zum Teil 'dokumentarischen' Fotos von angeblichen Greuelthaten der roten Khmer (die Fotos sind kaum zu identifizieren; vgl. Stern, 29.4.76) bieten selbst nach ideologiekritischer



Neues aus dem Pentagon

Sichtung kaum verwertbare Informationen. Man kann sich allenfalls an die Meldungen von Radio Phnom Penh halten, welche im „Foreign Broadcast Information Service“ (FBIS) veröffentlicht werden.

Mit Hilfe dieses Informationsdienstes läßt sich die Lage, welche die roten Khmer am Tage ihres Sieges über das US-Marionettenregime Lon Nols voranden, wie folgt nachzeichnen:

- die Gesamtzahl der Opfer des Krieges beläuft sich den Berichten zufolge auf nahezu eine Million (!) Menschen,
- 54 kambodschanische Generäle und Obristen, Mitarbeiter Lon Nols, gerieten in Gefangenschaft; ihre Hinrichtung ist inzwischen verbürgt (FBIS, 25.5.76),
- mehr als 80% der Fabriken und Plantagen im Kampfgebiet wurden zerstört,
- 80% der Reisfelder wurden beschädigt,
- 60-80% der wichtigsten Transportwege (Nationalstraßen, Eisenbahnlinien, Kanäle) wurden stark in Mitleidenschaft gezogen,
- 3 der insgesamt 7 Millionen Einwohner Kampuchees waren während den Kriegswirren in den 'Schutz' der Hauptstadt Phnom Penh geflüchtet. Die Entflechtung der überbevölkerten Hauptstadt wurde deshalb zum vorrangigen Ziel. (Weitere Informationen über die Nachkriegssituation finden sich in den 'blättern des iz3w' Nr. 56)

Der landwirtschaftliche Sektor spielt in der kambodschanischen Wirtschaft nach wie vor eine wichtige Rolle. In Kampuchea befinden sich nach Angaben von Radio Phnom Penh nur 70 kleinere und mittlere Industrieanlagen, von denen 50% auf Phnom Penh konzentriert sind. Die Arbeiterschaft Phnom Penhs wird auf insgesamt 10 000 Personen beziffert. (FBIS, 5.2.76). Der Anteil der Arbeiterschaft an der Gesamtbevölkerung ist also sehr gering. Die Ausrichtung der Wirtschaft unter französischer Kolonialherrschaft auf die Bedürfnisse der Metropolen (Forcierung der Kautschukproduktion) hatte das einheimische Handwerk im Nu verkommen, den Zwischenhandel und unproduktive Tertiärberufe aufblühen lassen. Aus den Erfahrungen kolonialer und neokolonialer Zeit bot sich somit nur eine 'autonome Entwicklung' an.

Premier Khieu Samphan nennt die vorrangigen Ziele dieser Politik:

- Nationalisierung des Außenhandels,
- Bildung von Genossenschaften im Bereich des Handwerks und der Landwirtschaft,
- Diversifizierung der Landwirtschaft,
- politische Angleichung zwischen Stadt und Land, Kopf und Hand, Industrie und Landwirtschaft. ('Aus Politik und Zeitgeschichte', 2.7.77)

Erste Erfolge zeichnen sich ab:

- Vizepremier und Außenminister Ieng Sary berichtete unlängst über die genossenschaftliche Neuorganisation des Landes: 1976 wurden erstmals Reisüberschüsse erzielt. (Spiegel, 9.5.77)
100 000 Tonnen sollen jährlich exportiert werden. (Far Eastern Ec. Review, 29.4.77)
- die Rückmeldung der durch US-Flächenbombardements in die Stadt getriebene Landbevölkerung ist abgeschlossen. Nach Berichten des schwedischen Botschafters in Peking, der Kampuchea 1976 besucht hatte, konnten die Einwohner Phnom Penhs nur durch die drastische Reduzierung der Bevölkerungszahl (Umsiedlungsaktionen) vor Hunger und Cholera gerettet werden. (vgl. Int. Herald Tribune, 8.3.76)
- Um die Städte auf vernünftige Dimensionen zu reduzieren, mußten erhebliche Opfer aufgebracht werden; nach Angaben des Außenministers Ieng Sary sollen während den Evakuierungsaktionen, bei denen die Bevölkerung in die Reisanbaugebiete zog (Transportwege, auf denen die Nahrungsmittel hätten in die Städte geschafft werden können, waren zum größten Teil zerstört!), etwa 2000-3000 Menschen umgekommen sein. (vgl. 'focus' Nr. 87)

Nach Erlass der neuen Verfassung wurden im März 1976 allgemeine Wahlen durchgeführt. Vorsitzender des Staatspräsidiums wurde Khieu Samphan, der sich im Westen mit seiner Dissertation über die Wirtschaftsstruktur Kampuchas (Rechts- und Wirtschaftswissenschaftl. Fakultät an der Sorbonne, 1959) einen Namen gemacht hatte. In der neuen Ver-

fassung findet sich keine Anlehnung an die Grundgesetze anderer sozialistischer Staaten.

Die Regierung strebt ein unabhängiges, blockfreies 'demokratisches Kampuchea' an. Die mit der KP anderer sozialistischer Staaten vergleichbare 'revolutionäre Organisation Angkar' folgt keinem Modell. Weder dem chinesischen noch dem vietnamesischen. „Wir reorganisierten das Land auf der Basis der Landwirtschaft; mit dem Erwirtschafteten bauen wir eine Industrie auf, die auf die Landwirtschaft ausgerichtet ist. Das Volk der Khmers hat eine jahrhundertlange Erfahrung im Reisanbau. Wir müssen wieder beim Reisanbau anfangen.“ (Aus dem Interview mit Außenminister Ieng Sary, veröffentlicht in der schweizer Zeitschrift 'focus', 87/1977)

Zur Außenpolitik

Im April diesen Jahres besuchte Sary Malaysia; er zeigte sich daran interessiert, Reis, Kautschuk, Teakholz und Soyabohnen zu exportieren. Nur durch den Export dieser Güter können jene Devisen beschafft werden, welche für den Erwerb ausländischer Technologie benötigt werden. Diese Wirtschaftspolitik, welche der Bevölkerung keine großzügige Lebensmittelversorgung bietet (Reis soll exportiert werden), ist notwendig, um jene Auslandsverschuldung und Abhängigkeit zu vermeiden, welche die leidvollen Erfahrungen der Kolonial- und Neokolonialzeit mitbedingten hatten.

Ständig werden in der Presse Grenzkonflikte zwischen Kampuchea und Thailand gemeldet. Eine Kette von Indizien spricht dafür, daß diese Zwischenfälle von antikommunistischen Gruppen (Khmer Serai) provoziert werden. (vgl. 'blätter des iz3w', Nr. 61)

Daß die Khmer Serai von kapitalkräftigen Hintermännern geschützt wird, ist anzunehmen. Ex-Präsident Lon Nol, von einem Reporter in seiner Luxusvilla auf Hawaii interviewt, antwortete auf die Frage, ob er den Widerstand gegen die roten Khmer von seinem Exil



aus organisiere, nur ausweichend; („... beobachten sie die Entwicklung in den kommenden Monaten genau ...“, Stern, 41/1975).

Die ständigen Bemühungen der neuen Regierung Kampuchas, diplomatische und wirtschaftliche Verbindungen mit Thailand aufzunehmen, sprechen gegen die ständig in der bürgerlichen Presse verbreitete Behauptung, kambodschanische Truppen massakrierten Zivilisten auf thailändischem Gebiet. Die Verhaftung von 22 thailändischen Polizisten und Händlern aus dem betreffenden Grenzgebiet unmittelbar nach dem angeblichen Massaker vom 21. Januar diesen Jahres (vgl. 'blätter' Nr. 61) sprechen für die Annahme, daß es sich bei den Zwischenfällen um Aktionen der antikommunistischen Khmer Serai handelt, welche auch in kambodschanisch-thailändische

Schmuggelgeschäfte verwickelt ist. (vgl. Far Eastern Ec. Review, 12.8.77)

Die kambodschanisch-chinesischen Beziehungen werden von offiziellen chinesischen Regierungskreisen als „konstruktiv“ bezeichnet; dies, obwohl die chinesische Führung darüber enttäuscht war, daß „ihr“ Kandidat, Prinz Sihanouk, nicht in die „revolutionäre Organisation Angkar“ übernommen wurde. (Sihanouk lebte seit 1970 - nachdem er durch einen Putsch seines Verteidigungsministers Lon Nol gestürzt worden war - im Peking Exil).

In jüngster Zeit wurden wiederholt Grenzwischenfälle an der kambodschanisch-vietnamesischen Grenze gemeldet; während anfangs diese Konflikte als kleinere, durch zahlreiche Flüchtlinge (es sollen sich immer noch 100 000 Kriegsflüchtlinge im Grenzgebiet aufhalten) hervorgerufene Zwischenfälle gedeutet wurden, läßt die Intensität und Häufung der Zwischenfälle diese Erklärung immer mehr als zweifelhaft erscheinen. Die in Indochina aufeinanderprallenden Interessensgegensätze zwischen der Sowjetunion und China sowie der von diesen Mächten mehr oder weniger abhängigen Staaten läßt die Konflikte in einem anderen Licht erscheinen: während die Sowjetunion ein schon von Ho Tschih-minh angestrebtes 'Gesamtindochina' (unter der Führung Hanois) unterstützt (weil sie darin eine regionale Gegenkraft zu China sieht), zieht China ein in drei Staaten gespaltenes „balkanisiertes“ Indochina vor. Erst in jüngster Zeit hat der kambodschanische Außenminister Sary den vietnamesischen Vorschlag, eine 'Familie der Vier' (Kampuchea, Vietnam, Laos, Nord-Vietnam) zu gründen, entschieden abgelehnt.

Die Spannungen zwischen China und Vietnam (und den damit indirekt verbundenen Schwierigkeiten zwischen Vietnam und Kampuchea) wurden auch dadurch weiter geschürt, daß die VR China, trotz der angespannten Versorgungslage Vietnams, Nahrungsmittellieferungen suspendierte. (vgl. NZZ, 19. 8.77)

Trotz gegenwärtiger wirtschaftlicher Schwierigkeiten ist Hanoi auch weiterhin verpflichtet, Kriegsdarlehen an China zurückzuzahlen. Unvergessen bleibt in Vietnam auch, daß China nach den Ussurizwischenfällen die dringend benötigten sowjetischen Waffenlieferungen unterband.

Wenn man auch bemüht ist, die Konflikte auf dem Verhandlungswege zu lösen, bleibt Indochina doch weiterhin ein Spannungsgebiet aufeinanderprallender Interessen der Sowjetunion, Chinas und der Vereinigten Staaten (vgl. thailändisch-kambodschanischer Grenzkonflikt).

U.

THAILAND

Die gegenwärtigen Entscheidungsmöglichkeiten für das thailändische Volk liegen klar auf der Hand. Entweder akzeptieren wir einen totalitären Staat, oder wir unterstützen eine Revolution, die den Arbeitern und Bauern die Kontrolle über ihre eigenen Produktionsmittel bringen wird. Wir können uns entscheiden zwischen einer halbfeudalen und neokolonialen Herrschaft und einem bewußten und fortschrittlichen Wandel zu einer sozialistischen Gesellschaft. Bevor wir jedoch absehen können, was die Zukunft den thailändischen Massen bringen wird, müssen wir uns auf eine Analyse der gegenwärtigen sozialen Mißstände, der Widersprüche innerhalb der herrschenden Klasse, der Widersprüche im Neokolonialismus und der Klassenkonflikte zwischen den Besitzlosen und den Besitzenden einlassen.

Der Putsch vom 6. Oktober 1976

Zunächst müssen wir uns fragen, bis zu welchem Grade die gegenwärtig herrschende Klasse tatsächlich das Volk „regiert“. Das

gegenwärtige Regime kam nach einem blutigen Massaker an Studenten am 6. Oktober 1976 an die Macht. Es hat die Militärherrschaft wiederhergestellt und alle legalen Volksbewegungen zerschlagen, die während der längsten demokratischen Periode, die Thailand in seiner Geschichte erlebt hat (1973-1976), entstanden waren. Das gegenwärtige Regime, wie seine Vorgänger, repräsentiert die Interessen der herrschenden Klasse in Thailand, die aus Militär, der Bürokratie, der Aristokratie und der Kompradorenbourgeoisie besteht. Deren Geschäftsinteressen und Korruptionspraktiken wurden während des „demokratischen Zwischenspiels“ öffentlich bloßgestellt. Die herrschende Klasse sah deshalb eine Gefahr in der relativen Meinungsfreiheit. Ohne Zweifel ist das der Grund für die harte Unterdrückung, die dem Putsch vom 6. Oktober folgte.

Uneinigkeit in der herrschenden Klasse

Die herrschende Klasse ist sich jedoch nicht einig. Während sie lauthals ihre Machtbasis zu erweitern sucht und ihre Interessen und Privilegien sichern will, laufen interne Kämpfe ab, die immer wieder zu Rivalitäten und Zwietracht innerhalb des Militärs und zwischen den militärischen und zivilen Fraktionen geführt haben. Der erfolglose Putschversuch vom 26. 3. dieses Jahres ist ein Beweis dafür.

Damals versuchte General Chalard, früherer Vizekommandeur der Armee, die Macht zu ergreifen, nachdem er zuvor mit der Begründung entlassen worden war, er habe keine Zusammenarbeit mit dem regierenden „Nationalen Reform-Rat“ (NARC) zustande gebracht. Er bekam jedoch nicht die Unterstützung, die er erwartet hatte. Der Putsch schlug fehl, und Chalard selbst wurde verhaftet und kurzerhand hingerichtet. Das Interessante hieran ist nicht das Scheitern des Putsches, sondern die Tatsache, daß er überhaupt geschehen konnte. Die Tatsache, daß im gegenwärtigen Regime die Armee verpflichtet ist, die Macht mit der Marine und dem königstreuen zivilen Kabinett zu teilen, ist immer noch ein Grund für Unzufriedenheit und kann vielleicht in nächster Zeit zu einem Putsch führen. Die Regierung hat entsprechende Gerüchte häufig genug dementieren müssen.

Man muß im Hinterkopf haben, daß der Putsch vom 6. Oktober vom Königshaus angezettelt worden war und daß die gegenwärtig herrschenden Kreise durch eine Zweckkoalition zusammengekommen sind. Ihre Interessen sind widersprüchlich, und ihr interner Machtkampf wird wahrscheinlich solange weitergehen, bis jemand mit dem Charisma eines Hitler auftaucht, der in der Lage wäre, alleine zu regieren und seine Herrschaft aufrechtzuerhalten. Eine solche Möglichkeit ist aber recht unwahrscheinlich, und so werden die Kämpfe innerhalb der Eliten wohl weitergehen, und damit werden die Herrschenden zugleich ihre Position gegenüber dem Volk schwächen.

Die Monarchie, deren Rolle in den Ereignissen des 6. Oktober offensichtlich war, wird auch in den Augen des thailändischen Volkes zunehmend zum Symbol reaktionärer Repression. Die offene Einmischung des Königs in die Politik hat zu wachsender Rivalität und Interessenkonflikten unter den Mitgliedern der königlichen Familie und der Aristokratie geführt. Heute ist die Monarchie in großen Teilen der Bangkok Elite diskreditiert, und wenig respektvolle Bemerkungen über die königliche Familie hört man sogar von eingefleischten Royalisten.

Abhängigkeit der herrschenden Klasse von ausländischen Waffenlieferungen

Seit dem Zweiten Weltkrieg waren die korrupten thailändischen Herrscher nur mit Hilfe von ausländischem Kapital und materieller Hilfe, insbesondere der USA und Japans, in der Lage, das kraftlose sozioökonomische und

politische Gebilde Thailand stabil zu halten. Thanat, der Berater des Regime für auswärtige Angelegenheiten, telegraphierte einmal an das US State Department, daß Thailand von Hanoi bedroht sei und daher unter allen Umständen eine Atombombe besitzen müsse, um die Vietnamesen abzuschrecken.

Weiterhin sind die thailändischen Aufträge für Waffenkäufe unter dem Programm des Außenministeriums von durchschnittlich 6 Mio Dollar in den Haushaltsjahren 1971-1973 auf durchschnittlich 20,5 Mio Dollar im Haushaltsjahr 1974 gestiegen, im Haushaltsjahr 1976 erreichten sie eine schwindelnde Höhe von 89,6 Mio Dollar. Thailands Käufe im Jahre 1976 übersteigen seine gesamten Aufträge in den letzten 25 Jahren. Im laufenden Haushaltsjahr 1977 wird Thailand Kredite in Höhe von 30 Mio Dollar aufnehmen müssen gegenüber geschätzten Käufen in Höhe von 45 Mio Dollar. Zusätzlich belaufen sich die Anleihen aus dem Militärhilfeprogramm für den Ankauf amerikanischer Waffen auf 105,7 Mio Dollar (1973 - 1975), mit zusätzlich 29,3 Mio für 1976 und 20 Mio für 1977.

Thailand hat darüberhinaus 81 Mio Dollar in Form von zusätzlicher militärischer Ausrüstung in den Jahren 1973 - 1977 unter dem „Programm für zusätzliche Verteidigungsausrüstung“ bekommen. Die Lieferung dieser Waffen dient der brutalen und unmenschlichen Behandlung der thailändischen Massen und Minderheitengruppen. Darüberhinaus machen die Käufe und Anleihen die Bangkok Regierung noch weiter abhängig von den USA, deren Führer Thailand offensichtlich noch nicht ganz abgeschrieben haben. Zweifellos werden sich Rivalität und Spaltungen innerhalb der militärischen Cliquen verstärken, wenn die Generale sich um die Bestechungsgelder für die Käufe und den Besitz und die Verteilung der ausgelieferten Waffen reißen. Allein dies könnte zu einem Staatsstreich führen, wie es in der Vergangenheit schon vorgekommen ist.

Für das Volk verschlechtern sich die Lebensbedingungen

Selbstverständlich berührt die politische und militärische Instabilität ernsthaft das ökonomische Klima und die Entwicklung ausländischer Investitionen. Der letzte Monatsbericht der Bangkok Bank berichtete, daß Investitionen im privaten Sektor seit dem Beginn des Jahres nicht zugenommen hätten und somit stagnierten. Gleichzeitig erreichte die Arbeitslosigkeit erstmals eine Höhe von 1.203.000, bei steigender Tendenz (Einwohnerzahl Thailands: etwa 40 Millionen). Außerdem kümmert sich die thailändische Regierung kaum um den Lebensstandard des thailändischen Volkes. Der Lebensstandard der Massen sinkt ständig. Streiks und andere gewerkschaftliche Aktivitäten sind streng verboten. Inzwischen hat die Regierung über 16 Mio Dollar für die Errichtung von Unterkünften für Polizeioffiziere ausgegeben. Nichts wurde für Tausende von Menschen getan, die unter erschreckenden Umständen in Bangkoks Slums wohnen. Premierminister Thanin prahlt damit, daß die Regierung aktiv neue Arbeitsplätze schaffe, einschließlich solcher auf dem Gebiet der Astrologie. Das ist kein Witz, denn der thailändische Premierminister ist ein fanatischer Anhänger der Astrologie. Da die königliche Familie und die Regierung so abergläubisch sind, muß ihnen das Orakel, das König Rama I., dem Begründer der gegenwärtigen Dynastie vorausgesagt wurde, einen besonderen Schrecken einjagen: Es besagte, die gegenwärtige Dynastie werde nur 200 Jahre dauern. Folglich bleiben der Dynastie noch fünf Jahre übrig.

Aber man muß nicht die Sterne zu Rate ziehen, um zu sehen, daß das jetzige soziale System zum Untergang verurteilt ist. In den letzten Jahren haben sich die Lebensbedingun-

gen der bäuerlichen Bevölkerung (80% der Gesamtbevölkerung) enorm verschlechtert. Ausbeutung des Landes durch Kapitalisten und durch städtische Großgrundbesitzer unterlag keinerlei Beschränkungen. Ungefähr 80% der Bauern, die in den Provinzen um Bangkok leben, haben kein Land, und 40% der Bauern in den übrigen Provinzen besitzen keinen eigenen Grund und Boden. Pacht und Verschuldung sind unter den Bauern weitverbreitet, genauso wie die Teilung der Ernte (letzteres übrigens eine Praxis, die in Thailand erst in den letzten Jahren aufkommen ist).

Formierung der revolutionären Kräfte

Gerade von den ausgebeuteten Bauern werden die revolutionären Kräfte unterstützt, und die aktive Teilnahme der Bauern wird der entscheidende Faktor sein. Es wäre jedoch falsch anzunehmen, daß wir kurz vorm Sieg stünden. Gegenwärtig ist die revolutionäre Bewegung der Thai Patriotischen Front (TPF) noch in der Phase des politischen Kampfes. Obwohl die Volksbefreiungsarmee (die bewaffnete Organisation der TPF) 1969 gebildet wurde, ist die Bewegung noch nicht über die defensive Phase hinausgekommen. Dennoch läßt sich nicht leugnen, daß eine Bilanz der Kräfteverhältnisse ein Übergewicht für die Revolution zeigt. Außerdem hat der Coup vom 6. Oktober die Lage verändert. Der Fehlschlag der drei Jahre Demokratie und die Rückkehr der alten Machthaber hat Tausende von Studenten, desillusionierten Progressiven, städtischen Aktivisten und Mitglieder der Sozialistischen Partei Thailands zur TPF gebracht. Unter der Führung der Kommunistischen Partei Thailands kann die Front heute als die wahre nationale Organisation und die einzige wahre Opposition gegen die Diktatur angesehen werden.

Schätzungen zufolge sind mehr als 5.000 Studenten zum politischen und militärischen Training bei der revolutionären Bewegung in den Dschungel verschwunden. Die Zahl der Arbeiter aus den städtischen Zentren und der Bauern, die sich den revolutionären Kräften angeschlossen haben, wird doppelt so hoch wie die der Studenten geschätzt. Ihr Einfluß auf die Bewegung ist enorm. In ein oder zwei Jahren - so läßt sich voraussehen - wird die revolutionäre Partei in die Offensive gehen. Es hat schon eine merkliche Zunahme in der Zahl der Zusammenstöße gegeben, die für die Regierungsseite schwere Verluste gebracht haben. Von Januar bis März 1977 beklagte sie 554 Tote und mehrere Tausend Verwundete, die höchste Zahl von Verlusten, über die je berichtet wurde - und dies nach Angaben der Bangkok Behörden. Ausgangssperren, gesperrte Zonen, Kriegsrecht und „Feuer-frei“-Zonen sind bereits in 34 der 72 Provinzen Thailands eingeführt worden.

Die Volksbefreiungsarmee wächst, ebenso wie die Guerilla-Gebiete, die revolutionäre Basis und die Unterstützung der Thai Patriotischen Front im Volke, sogar in den städtischen Zentren. Immer mehr Dörfer (nach meiner Schätzung 2 500) sind in den abgelegenen Gegenden des Landes befreit worden. Die Thai Patriotische Front hat eine Anzahl von Massenorganisationen wie z.B. die Vereinigung Patriotischer Bauern, die Kommunistische Jugendliga, die Vereinigung Patriotischer Frauen, die Vereinigung Gerechtigkeitsliebender Mönche gebildet. Diese Organisationen befassen sich nicht nur mit Klassenkampf, sondern auch mit dem Kampf gegen Neokolonialismus. Sie bedienen sich der verschiedensten Taktiken, legaler und illegaler, offener und solcher im Untergrund, friedlicher und revolutionärer.

Ein Volkskrieg ist unvermeidlich

Das Wesentliche des Kampfes liegt in seinem Charakter als Volkskrieg, in dem die Bedürfnisse, Wünsche und Bestrebungen des Volkes sehr wohl respektiert und hochgehalten werden, während die Regierungstruppen die Bevölkerung verunsichern, einschüchtern und ab-

schlachten. Brutale Taktiken der Unterdrückung von Befreiungsbewegungen nach Art der Amerikaner waren nur darin erfolgreich, daß sie vorher neutrale Dorfbewohner zur revolutionären Bewegung gebracht haben.

Außerdem sehen wir einen Vorteil in einem in die Länge gezogenen Krieg. Wir halten an der korrekten Linie der Partei fest, daß das flache Land vor den Städten erobert werden muß. Je länger die Volksbefreiungsarmee kämpft, desto stärker wird sie und desto demoralisierter und zwieträchtiger werden die reaktionären Kräfte.

Die gegenwärtige Lage stützt den Glauben der Fortschrittlichen, daß die herrschenden Klassen jede Möglichkeit zu einem friedlichen Übergang der thailändischen Gesellschaft in eine politische und wirtschaftliche Demokratie abgeschnitten haben. Es ist auch deutlich geworden, daß eine herrschende Klasse niemals freiwillig ihre Macht ihrem Klassenfeind übergibt und daß weder die Beziehungen zwischen Klassen noch die Klasseninteressen durch einen Putsch oder eine reformistische Politik geändert werden können. Der Entzug physischer und geistiger Sicherheit durch die Reaktionäre kann nur durch den entschlossenen Kampf für Unabhängigkeit und Demokratie beantwortet werden.

N.P.

Der Verfasser ist Mitglied des ZK der Sozialistischen Partei Thailands, die sich nach dem Oktober-Putsch 1976 der Thai Patriotischen Front anschloß und seitdem den bewaffneten Kampf unter Führung der Kommunistischen Partei Thailands propagiert. Unmittelbar nach dem Putsch kam er in Bangkok ins Gefängnis. Auf Grund internationalen Protests wurde er vor zwei Monaten freigelassen und lebt seitdem im Exil in London).

Der Artikel ist zuerst in „Vietnam, South East Asia International“ Vol XI, No. 5/6, London, May/June 1977 erschienen. Der Text wurde von der Südostasiengruppe der ESG Bochum aus dem Englischen übersetzt und vom iz3w leicht gekürzt.

Tropisches Afrika

OAU - KONFERENZ

Libreville, die Hauptstadt Gabuns des „schwarzen Kuweit“, war vom 3. 7. - 7. 7. Schauplatz der diesjährigen (der 14.) OAU-Gipfelkonferenz. Statutengemäß wurde der Präsident Gabuns, Omar Bongo, für das nächste Jahr zum Vorsitzenden der OAU gewählt.

Gabun führt nach Libyen die afrikanische Einkommensstatistik an, der Reichtum aber kommt, außer den Franzosen, die noch immer eine führende Rolle im Lande spielen, nur wenigen zugute und endet spätestens an den Grenzen der Hauptstadt. Um der Konferenz den entsprechenden Rahmen zu geben, wurde etwa die Hälfte des gabunesischen Staatshaushalts, d.h. ca. 650 Mio US-Dollar in den Bau eines Konferenzgebäudes, von Luxusvillen und eines Prunkschlusses als Residenz des Präsidenten investiert. (Spiegel 8.8.77).

Die Konflikte zwischen den Mitgliedsstaaten Tschad-Libyen (um das Tibesti-Gebiet im Norden Tschads, seit 1973 von Libyen mit Waffengewalt besetzt), Äthiopien-Sudan (Eritrea-Problem, Westäth.), Äthiopien-Somalia (Ogaden) und Algerien-Marokko (Westsahara) wurden weitgehend ausgeklammert: Die Westsaharafrage - die Polisario war zu der Konferenz nicht zugelassen, Marokko hingegen nach einem halbjährigen Rückzug von der OAU wieder anwesend - wurde auf einen im Oktober in Lusaka stattfindenden Sonderkongreß (unter Einschluß der Polisario) vertagt und die libysch-tschadischen Grenzstreitigkeiten an eine Kommission überwiesen. Für die Konflik-

te Äthiopiens mit dem Sudan einerseits und Somalia andererseits sollen zwei weitere Kommissionen eingesetzt werden.

Trotz der Politik des Vertagens und Ausklammers hatte die Konferenz doch ein wichtiges Ergebnis: Die Anerkennung der „Patriotischen Front“ von Zimbabwe als der einzigen Vertreterin der Befreiungsbewegung in Rhodesien, während bisher auch noch der afrikanische Nationalkongreß des Erzbischofs Muzorewa und die ZANU Sitholes akzeptiert waren. Robert Mugabe war als einziger offizieller Vertreter Zimbabwes anwesend.

Äthiopien schlug die Einführung einer speziellen „Freiheitssteuer“ und die Einrichtung einer eigenen transafrikanischen Truppe unter Leitung der OAU vor. Libyen stellte den afrikanischen Befreiungsbewegungen 2 Mio Dollar zur Verfügung. Eine systematische Unterstützung der an Rhodesien grenzenden Staaten, insbesondere Mocambiques, wurde beschlossen. (Übrigens: Das Smith-Regime hat für den Anti-Guerilla-Kampf in diesem Jahr 300 Mio zur Verfügung gestellt - Le Monde 6.7.1977).

Eine einheitliche Frontbildung der schwarzafrikanischen Staaten gegen die BRD wegen ihrer Zusammenarbeit mit Südafrika auf dem atomaren Sektor wurde durch die Intervention Ägyptens vorerst verhindert und soll einer weiteren „Prüfung und Diskussion“ unterworfen werden (FR 4.7.77). - Le Monde 1.7., 3.7., 5.7., 6.7., 7.7.77 -

sha

Lateinamerika

CHILE

Schon seit Jahren: Westdeutsche Waffengeschäfte mit der Junta

In wachsendem Maße beteiligen sich Unternehmen des Militär-Industrie-Komplexes der BRD an der Ausstattung der dem Massenterror dienenden Streitkräfte Chiles. Aus der Fülle der Nachrichten seien vier herausgegriffen:

Der größte Gewehrhersteller der BRD und NATO-Lieferant für Handfeuerwaffen, die Firma Heckler und Koch GmbH in Oberndorf am Neckar, hat 4.000 Sturmgewehre der modernsten Type HK 43 nach Chile geliefert. Das wurde auch durch die Bonner „Wehrtechnik“, Ausgabe 10/1975, bestätigt. Die Lieferung erfolgte über eine Lizenzfiliale der genannten Waffenschmiede in Thailand. Wie die spanischsprachige Zeitschrift „Punte“ in der Februar-Ausgabe 1977 dazu ergänzte, sind diese Sturmgewehre für die Ausrüstung vorwiegend der DINA bestimmt, die sie rigoros volksfeindlich bei Verhaftungsaktionen, in der Partisanenbekämpfung und bei Massenexekutionen einsetzte und einsetzt. Die von Horst Sartorius geleiteten Sartorius Werke GmbH in Göttingen rüsten die Pinochet-Armee mit Prüf- und Feinmeßgeräten aus. Dies gab kürzlich das „Antimperialistische Solidaritätskomitee (SSK)“ der BRD bekannt.

„Poseidon“, die in Berlin erscheinende Fachzeitschrift für Tauchertechnik und Unterwassertechnologie, meldete in ihrem Juli-Heft 1977: „Die Herstellerfirma für Unterwasserelektronik IBAK, Kiel 14, Wehdenweg 122, beliefert die chilenische Kriegsmarine der Pinochet-Junta mit Unterwasser-Fernsehanlagen.“

Außerdem hat der MBB-Luftrüstungskonzern der BRD mindestens schon sechs für die Bundeswehr entwickelte Kampf-

hubschrauber via die Schweiz an die Santiagoer Junta geliefert. Sie sind dort als starkbewaffnete Polizeihubschrauber im Einsatz. Auf diese empörenden Waffengeschäfte war im Spätherbst 1976 ein Reporter der USA-Nachrichtenagentur Associated Press in Genf gestoßen, wo die Hubschrauber zusätzliche Ausrüstungen erhielten. Die Schweizer Oberzolldirektion in Bern hat die Waffenlieferung zugeben müssen.



ENTWICKLUNGSHELFER

J. M.

TÄTIGKEIT DES MATERIAL-AMTES DER BUNDESWEHR FÜR LATEINAMERIKANISCHE DIKTATUREN

Vom Bundesverteidigungsministerium nicht dementierten Meldungen zufolge versah das Materialamt der Bundeswehr in St. Augustin/Bonn in jüngster Zeit nach Argentinien und Brasilien gelieferte Lenkflugkörpersysteme mit NATO-Kodifizierung. Paraguaysche Militärs hielten sich seit April 1977 im Materialamt auf.

Im einzelnen handelt es sich um:

- die Lenkflugkörpersysteme Bodenziel, Panzerabwehr SS 11, SP 24 und „Cobra“
- das Flugabwehr-Raketensystem „Roland“

die mit NATO-Kodifizierung an Argentinien geliefert wurden. „Cobra“ und „Roland“ wurden ebenfalls am 20.8.77 während der Heereswoche in Fort Copacabana/Brasilien, auf die dazugehörigen Spezialjeeps montiert, als Eigentum des brasilianischen Heeres ausgestellt.

Zwei paraguayische Offiziere trafen am 10.4.1977 im Materialamt der Bundeswehr in St. Augustin ein. Ende Mai bestätigte eine Angehörige der paraguayischen Botschaft, daß sich paraguayische Militäroffiziere seit geraumer Zeit im Materialamt der Bundeswehr in St. Augustin aufhalten.

Die Lieferung von Waffen und deren NATO-Kodifizierung durch das Materialamt der Bundeswehr können als aktiver Beitrag des Bundesverteidigungsministeriums zur Schaffung des Südatlantik-Paktes SATO - einem militärischen Bündnis mit der Republik Südafrika, Argentinien, Brasilien, Chile, Paraguay und Uruguay - verstanden werden. Vor dem Hintergrund der ständigen und in letzter Zeit wieder zunehmenden Menschenrechtsverletzungen in diesen Ländern - die brasilianische Todesschwadron beging nach zweijähriger Pause in diesem Jahr bereits über 550 Morde; in Paraguay und Uruguay laufen neue Verhaftungswellen; die Taten der argentinischen Militärjunta waren verschiedentlich bereits Gegenstand der UN-Menschenrechtskommission - kann dieser Beitrag nur als aktive Unterstützung der für diese Handlungen verantwortlichen Regierungen verstanden werden.

Pressemittteilung der Informationsstelle Lateinamerika, 53 Bonn, Buschstr. 20

PANAMA

Neuer Kanalvertrag

19. 8. Die Zeit

Der Panama-Kanal wurde Anfang dieses Jahrhunderts gebaut. Seit 1903 hat die USA aufgrund eines „ewigen Abkommens“ die vollen Hoheitsrechte der 15 km breiten und etwa 80 km langen Kanalzone. 14 Militärstützpunkte, 15 000 Soldaten und eine riesige zivile Infrastruktur dienen der US-Regierung u.a. zur Ausbildung von Spezialtruppen zur Bekämpfung von Guerillaaktivitäten.

Seit Jahren fordern die Panamesen die Beendigung der amerikanischen Kontrolle über diesen Kanal. Dies scheiterte bisher an der starren Haltung der US-Regierung (siehe: „blätter“, Nr. 49, S. 14, Nr. 51, S. 9 f.).

Die Verhandlungen zwischen den USA und Panama führten nun im August 1977 zu einem Abschluß. Der Vertragsentwurf sieht im einzelnen vor:

- Bei Inkrafttreten des Abkommens wird die Breite der Kanalzone sofort reduziert; damit übergeben die USA 65% der Fläche dieser Zone an Panama.
- Die Verwaltung des Kanals geht bis 1990 an Panama über. Vom Jahr 2000 an erhält Panama die vollen Hoheitsrechte über die Kanalzone. Die USA behalten sich jedoch das Recht vor, den Kanal auch über das Jahr 2000 hinaus militärisch zu verteidigen.
- Bis 1990 zahlt Washington an Panama jährlich 40 bis 50 Mill. Dollar aus den Kanaleinnahmen, sowie 10 Mill. Dollar für die Benutzung des Kanals.
- Panama erhält für 10 Jahre von den USA Militärhilfe und 50 Mill. Dollar pro Jahr und einen einmaligen Kredit in Höhe von 300 Mill. Dollar.

Das „Nachgeben“ der USA kommt nicht von ungefähr: Der Kanal hat seine ehemalige wirtschaftliche und militärische Bedeutung verloren:

- Für Containerschiffe und Supertanker ist der Kanal zu schmal und flach. Der Gütertransport quer durch die USA läßt sich auf der Schiene schneller und billiger abwickeln als per Schiff durch den Kanal.
- Noch im Vietnamkrieg hatte der Panama-Kanal als Nachschubweg größere Bedeutung, aber jetzt haben selbst die Vereinigten Stabschefs der USA dem Vertragsentwurf vorbehaltlos zugestimmt. Denn schwere Kreuzer und Flugzeugträger können den Kanal nicht passieren. Außerdem ist dieser Wasserweg mit seinen vielen Schleusen leicht zu blockieren. Der Ausfall einer Schleuse würde den gesamten Verkehr zum Stillstand bringen.

Trotz all dem ist noch nicht sicher, ob der Vertrag im US-Senat die erforderliche Mehrheit findet.

PERU

wawi

Unruhe in den Provinzen und nationaler Generalstreik

Vorgeschichte

Im Juli 1976 hatte ein Bündel von Wirtschaftsmaßnahmen zur Bewältigung der ökonomischen Krise, das der Regierung von einem Konsortium US-amerikanischer Banken im Austausch für einen dringend benötigten 400 Millionen-Dollar-Kredit abverlangt wurde, zu heftigen Protesten der Bevölkerung, Streik der Busfahrer, Marsch der Elendsviertelbewohner auf Lima, Stürmen von Supermärkten und Anzünden von Tankstellen geführt. Gleichzeitig erfolgte die Ausschaltung des in der Regierung verbliebenen reformistischen Flügels und

die Ausrufung des Notstands mit Aufhebung der bürgerlichen Garantien sowie die Verkündung der Ausgangssperre in Lima. (siehe: „blätter“ Nr. 56, S. 16ff) Das darauffolgende Jahr war gekennzeichnet durch:

- eine Verschärfung der ökonomischen Krise
- den fortschreitenden Abbau der Reformen (Demontage des Mitbestimmungsgesetzes in Industriebetrieben, Rückgang der Agrarreform, Reprivatisierung der Fischfangindustrie)
- Beschneidung gewerkschaftlicher Rechte (Streikverbot, Lohnbegrenzung, Dekret 011, das den Kündigungsschutz faktisch zurücknimmt)
- Verschärfung der Repression (Verhaftungen von Gewerkschafts- und Bauernführern, Vertretern der Elendsviertel-Bewohner und Studenten).

Neben dem wachsenden Widerstand der Bevölkerung gegen den Abbau gewerkschaftlicher und demokratischer Rechte sowie die seit 1973 fortschreitende Senkung des Reallohns sahen sich die Militärs auf der anderen Seite den Forderungen des Int. Währungsfonds (IWF) gegenüber, die auf eine konsequente Austeritätspolitik drängten. Aufgrund ihrer Härte und sozialpolitischen Implikationen führten die IWF-Bedingungen zu Auseinandersetzungen in der Regierung und zum Rücktritt des Wirtschaftsministers.

Neue Wirtschaftsmaßnahmen im IWF-Stil

Das am 10. Juni verkündete Wirtschaftspaket trug eindeutig den Stempel des IWF: um das auf 80 Milliarden Soles angewachsene Staatshaushaltsdefizit auf 30-35 Milliarden herunterzuschrauben, verordnete Wirtschaftsminister Piazza die Kürzung der Staatsausgaben um 8% sowie die Verteuerung der Güter und Dienstleistungen, die von Staatsunternehmen produziert werden. Das Zahlungsbilanzdefizit, das 1977 rund 1 Milliarde Dollar betragen soll, sollte durch eine Kürzung der staatlichen Importe vorwiegend im Kapitalgüterbereich um 200 Millionen Dollar und einen Auslandskredit von 250 Millionen Dollar reduziert werden.

Die nach brasilianischem Muster übernommene Mini-Abwertungen wurden beibehalten, der Benzinpreis um 50% erhöht, um damit das Defizit der staatlichen Ölgesellschaften PETROPERU aufzufangen. (vgl.: „blätter“, Nr. 63, S. 6)

Mit diesen Maßnahmen sollte die ökonomische Krise ausschließlich auf dem Rücken der ärmeren Bevölkerungsschichten ausgetragen werden. Die Streichung der verbliebenen staatlichen Subventionen für Grundnahrungsmittel erhöhte deren Preise zwischen 30 und 40%, die Erhöhung des Benzinpreises schlug drastisch auf die Fahrtkosten durch. Der von Piazza zugebilligte Lohnausgleich, der in keinem Fall 900 Soles (ca. 27 DM) monatlich übersteigt, kann bei einer Familie mit mehreren schulpflichtigen Kindern kaum die gestiegenen Fahrtkosten abdecken. Die Regierung appelliert zur Einheit und Disziplin angesichts der schweren Krise und zu vermehrten Anstrengungen für die Erhöhung der Produktion wurden von der Bevölkerung mit spontanen Protestkundgebungen beantwortet, die teilweise den Charakter lokaler Aufstände annahmen.

Massive Proteste in den Provinzen

Die der Verkündung der Wirtschaftsmaßnahmen folgenden Wochen waren durch spontane Massenproteste in mehreren Provinzen gekennzeichnet: in den südlichen Departments - Hauptstädten Cuzco, Arequipa, Ayacucho, Tacna, Huancavelica, und Huancayo sowie in Trujillo und Huaraz im Norden Perus brachen Unruhen aus, die in direkten Konfrontationen mit den Repressionskräften gipfelten und mehrere Tage andauerten. In einigen Städten

mit gewerkschaftlicher Tradition wie Cuzco und Arequipa wurden die Demonstrationen von ein- bis zweitägigen Generalstreiks begleitet. Eine allgemeine Charakterisierung der Kämpfe in den verschiedenen Städten ergibt etwa folgendes Bild: eine zunächst begrenzte Konfrontation eines Bevölkerungssektors (in der Regel Studenten) führt aufgrund des unverhältnismäßig harten Vorgehens der „Ordnungskräfte“ zu einer spontanen Solidarisierung der gesamten Bevölkerung: die Busfahrer stellen den Verkehr ein, die Märkte und Läden schließen, die Elendsviertel-Bewohner, Schüler, Frauen, Studenten verbarrikadieren Straßen und greifen Polizei und eilig zum Einsatz gebrachte Heeresseinheiten an. Die Auseinandersetzungen spitzen sich zu, die Repressionskräfte schießen scharf, es gibt Tote und Verwundete. Ausgangssperre wird verhängt, Schulen und Universitäten geschlossen. Polizei- und Heeresseinheiten reichen zur Kontrolle der Situation nicht mehr aus, es werden Sincis (Anti-Guerilla-Truppen) und Guardia de Asalto (Sturmgarde) eingeflogen.

Die Unruhen in Huancayo, der Hauptstadt des Departaments Junin, sind für die Heftigkeit der Protestbewegungen gerade deshalb sehr bezeichnend, weil diese Stadt im Unterschied zu Arequipa, Cuzco und Ayacucho bislang nicht durch besondere Militanz hervorgetreten war.

Die Unruhen in Huancayo

Für Montag, den 11. Juli, hatte die lokale Gewerkschaftsorganisation der CGTP (Confederación General de Trabajadores del Perú), dem mitgliederstärksten gewerkschaftlichen Dachverband Perus (dessen Führung der moskauorientierten KP nahesteht) zum Streik aufgerufen.

Der Tag begann jedoch wie jeder andere, der Verkehr zirkulierte, Geschäfte und Banken waren geöffnet. Gegen neun Uhr morgens fand eine kleine Studentenversammlung in der Universität statt, auf der beschlossen wurde, ins Zentrum der Stadt zu marschieren und den Streik der CGTP zu unterstützen. Polizei- und Heeresseinheiten drangen ins Gelände des Campus ein, um die Versammlung zu zerstreuen. Damit war die Konfrontation hergestellt. Alle anwesenden Studenten und Professoren solidarisierten sich mit den Demonstranten und es entwickelten sich heftige Auseinandersetzungen. Die Polizei machte von der Waffe Gebrauch; die Studenten wehrten sich mit Steinen und Stühlen. Es kam zum Kampf Mann gegen Mann, die Polizisten schossen sich schließlich den Weg frei und verfolgten die Studenten bis aufs nahegelegene CENTRO-MIN-Gelände (staatliche Bergbaugesellschaft), wo etwa 60 Arbeiter wohnen. Die Arbeiter versteckten einige Studenten in ihren Häusern. Die Polizei besetzte das Gelände und schlug auf Frauen, Kinder und Arbeiter ein.

Als die Nachricht von diesen Kämpfen ins Stadtzentrum gelangte, traten Kleinbusfahrer und städtische Angestellte in Streik. Sämtliche Ausfallstraßen wurden mit Steinen und Baumstämmen blockiert, woran sich hauptsächlich Kleinbusfahrer, Studenten und Schüler beteiligten. Autos, die dennoch fuhren, wurden mit Steinen beworfen. Polizei und Heer, die zu dieser Zeit nur über 100 bzw. 150 Mann verfügten, waren außerstande, die Situation zu kontrollieren. Die Repressionskräfte konzentrierten sich hauptsächlich im Zentrum der Stadt. In vielen Fällen verhielt sich die Polizei indifferent.

Ab mittags wurden in verschiedenen Teilen der Stadt Barrikaden gebaut. Die Protestaktionen beschränkten sich längst nicht mehr auf Studenten, sondern wurden von der ganzen Bevölkerung getragen. Frauen mit ihren Kindern, Jugendliche, Arbeiter. Die Zweigniederlassungen von VW und Chrysler wurden angegriffen, das Fischereiministerium mit seinen Kühlanlagen gestürmt und Fisch als billigstes Nahrungsmittel des Tages verteilt.

Die Repression war sehr hart: zuerst Schüsse in die Luft, dann gezielt Maschinengewehrsalven. Ganze Stadtviertel vereinigten sich und es fanden Barrikadenkämpfe statt. Die Repressionskräfte konnten nicht vereinzelt auftreten: Unimogs wurden einfach umgeworfen und in Brand gesteckt.

Die von 17.00 bis 6.00 Uhr verhängte Ausgangssperre wurde kaum beachtet: noch bis 21.00 Uhr wurden Barrikaden gebaut. Die Erziehungsbehörden erklärten Schulen und die Universität für geschlossen. Während der folgenden Tage setzten sich die Konfrontationen fort. Am Mittwoch wurden Sincis, aus Satipo und die Guardia de Asalto aus Lima eingeflogen. Der gesamte urbane und interprovinzielle Verkehr lag weiterhin lahm, nachts wurden zur Einschüchterung der Bevölkerung ständig Schüsse abgefeuert. Erst am Abend des 15. 7. (Freitag) begann der Verkehr sich zu normalisieren. Laut offiziellem Kommuniqué haben die Unruhen in Huancayo 5 Tote und 36 Verwundete gefordert, tatsächlich dürften es etwa 80 Tote sein. Die Zahl der Gefangenen wird auf ca. 250 geschätzt.

Insgesamt sind bei den Kämpfen in den Provinzen bis zu 200 Personen ums Leben gekommen, die Zahl der Verhaftungen geht in die tausende.

Der nationale Generalstreik - ein wichtiger Erfolg für die peruanische Arbeiterbewegung

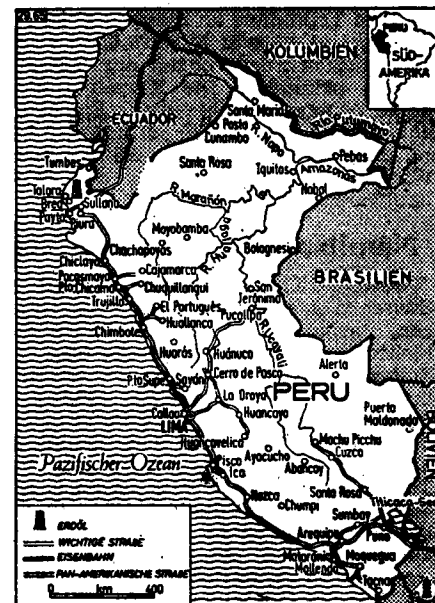
Die Arbeiter- und Bauernorganisationen und die revolutionäre Linke hatten bei diesen Auseinandersetzungen eine relativ marginale Rolle gespielt. Sie wurden von den spontanen Volksaufständen buchstäblich überrollt. Zwar hatten alle linken Gruppen und klassenbewußten Gewerkschaftsverbände bereits seit eineinhalb Jahren wiederholt den nationalen Generalstreik propagiert. Dieser hatte sich jedoch vor allem aufgrund der Verzögerungs- und Abweglungstaktik der moskautreuen CGTP-Führung, die die Regierung bis dahin unterstützte, nicht konkretisiert. Angesichts des wachsenden Drucks der eigenen Basis und der radikalen Arbeitersektoren und nicht zuletzt aufgrund der Ereignisse in den Provinzen sah sich die CGTP-Führung jedoch gezwungen, den Generalstreik in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen auszurufen. Außer der CGTP unterzeichneten den Streikaufruf: die christdemokratische CNT (Confederación Nacional de Trabajadores), die Sektion Lima der von der Regierung 1972 gegründeten CTRP (Confederación de Trabajadores de la Revolución Peruana), die unabhängige Bauernföderation CCP (Confederación Campesina del Perú) sowie etwa 20 unabhängige Gewerkschaftsverbände. Damit stellten sich außer der apriorischen (rechtgerichteten) CTP (Confederación de Trabajadores del Perú) und der nationalen CTRP, die beide wenig Einfluß in der peruanischen Arbeiterbewegung haben, alle wichtigen Gewerkschaftsorganisationen hinter die Streikplattform. Eine Ausnahme machten allerdings die Minenarbeiter des Zentrums, deren Gewerkschaftsführung von einer maoistischen Gruppe kontrolliert wird, die ein Zusammengehen mit der CGTP ablehnt. Der Streik der Minenarbeiter wurde 6 Tage nach dem nationalen Generalstreik, am 25. 7., begonnen und dauert zur Zeit (5. 8. 77) immer noch an.

Am Vorabend des nationalen Generalstreiks - des ersten seit 50 Jahren - wandte sich der Innenminister über Fernsehen und Rundfunk an die Bevölkerung. Seine Rede ließ keinen Zweifel daran, daß die Regierung mit aller Härte gegen den Streik vorgehen und „Ruhe und Ordnung“ mit allen Mitteln aufrechterhalten würde.

Der Generalstreik vom 19. Juli wurde nach Aussagen des Unternehmerverbandes Sociedad de Industria zu 95% befolgt. In Lima, wo über zwei Drittel der peruanischen Industrie konzentriert sind, standen buchstäblich alle

Räder still. Keine Fabrik arbeitete, der Verkehr war paralytisch, die Geschäfte geschlossen. Alle wichtigen Ausfallstraßen wurden blockiert. In den Elendsvierteln waren sämtliche Straßen mit Steinen und brennenden Reifen verbarrikadiert. An der Carretera Central, die von Lima ins Hochland führt und an der ein Großteil der Industriebetriebe liegt, kam es zu erbitterten Konfrontationen mit den Repressionskräften: Heer, Sincis, Polizei. An der Straße Tupac Amaru, die in einem Elendsviertel auf dem rechten Ufer des Rimac liegt, gab es mehrere Tote, als ein Marinebus passierte und von der Bevölkerung mit Steinen beworfen wurde. Die Marine eröffnete daraufhin sofort das Feuer auf die Menge.

In San Juan de Miraflores, einem Viertel der unteren Mittelklasse, wurde das Rathaus angezündet. Trotz des massiven Aufgebots von Heer und Polizei, Marine- und Luftwaffeneinheiten, Sincis, neugebildeter Anti-Guerilla-Truppe der Marine, Panzern, Wasserwerfern, Armeelastwagen, Hubschraubern usw. konnte die Regierung die Situation nur mühsam unter Kontrolle bringen. Das vom Innenminister in seiner Rede am Vorabend des Streiktages angekündigte Ziel, „Ruhe und Ordnung“ unter allen Umständen aufrechtzuerhalten und keine Störung des normalen Alltags zuzulassen, erwies sich als reines Wunschdenken.



Für eine Einschätzung des Streiks in seiner Bedeutung für die peruanische Arbeiterbewegung, seinen Folgen im Hinblick auf die Wirtschaftspolitik der Regierung und die Formierung des bürgerlichen Lagers ist es noch zu früh. Soviel kann jedoch mit Sicherheit gesagt werden: daß die erfolgreiche Durchführung des Generalstreiks einen Meilenstein auf dem Weg der Arbeiterbewegung darstellt. Seit den Kämpfen um den Acht-Stunden-Tag 1918 hat eine vergleichbare Massenmobilisierung in Peru nicht mehr stattgefunden. Ob die Forderungen des Streiks - Lohnerhöhungen, Preisstop, Anerkennung der Tarifverhandlungen, volle Geltung des Kündigungsschutzes, Wiedereinstellung der Entlassenen, Freiheit für politische Gefangene, Zurückholung der Deportierten, Abschaffung der Agrarschuld und volle Geltung der demokratischen Freiheiten - erfüllt werden, ist mehr als zweifelhaft. Obwohl die CGTP den genannten Forderungskatalog mitgetragen hat, ist die Spaltung und Zersplitterung der Arbeiterbewegung noch längst nicht überwunden. Die Streikpropaganda der CGTP richtete sich nicht gegen die Regierung, sondern gegen die „Zweite Phase“ und die Maßnahmen Piazzas. Und während die KP nach disziplinierter und friedlicher Durchführung des Streiks und Verhandlungen mit der Regierung rief, schlug sie auf die „linksradiakalen Provokateure“ ein, die sich nicht in diesen Rahmen einfügen möchten.

Erneute Repression nach dem Generalstreik

Der Widerspruch zwischen CGTP und den übrigen Sektoren der Linken könnte jedoch bald an Bedeutung verlieren, da die Regierung mit der Härte ihrer Gegenmaßnahmen alle traf: am Vorabend des Streiks wurde fast die gesamte CGTP-Führung festgenommen, am Tage danach sämtliche Gewerkschaftsführer für die während des Streik entstandenen Schäden verantwortlich gemacht. Ein neues Gesetz ermächtigt private und staatliche Unternehmen, alle „Anstifter“ des Streiks innerhalb von 14 Tagen zu entlassen. Den aufgrund der Absatzkrise ohnehin an Personalreduzierungen interessierten Unternehmern dürfte dieser Freibrief, sich endgültig aller unbequemen Arbeiter zu entledigen, höchst gelegen kommen. Es sind bereits Massenentlassungen im Gang. So setzte die staatliche Einkaufskette EPSA 400 Leute auf die Straße, die Klinik Maison Sante 180, die Süßwarenfabrik Donofrio 600.



Insgesamt wurden ca. 1200 Personen während und nach dem Streik verhaftet. Die Massenentlassungen trafen etwa 4000 Arbeitnehmer, darunter etwa 1800 Gewerkschaftsführer. (Le Monde, 7.8.77)

Die peruanische Regierung sah sich durch den Generalstreik gezwungen, die Lage der ärmeren Bevölkerung zu verbessern. So wurden Anfang August die Mindestlöhne etwas erhöht und die Preise für gewisse Grundnahrungsmittel leicht gesenkt bzw. eingefroren. Trotzdem gehen die Preissteigerungen weiter: Allein im Juli ergaben sich Preiserhöhungen zwischen 15 und 70%.

Andererseits kündigte der Präsident von Peru, General Morales Bermudez anlässlich des Nationalen Unabhängigkeitstages am 28. Juli an, daß das Militär in den nächsten 3 Jahren die Regierungsmacht an eine Zivilregierung übergeben werde (Frankfurter Rundschau, 1.8.77). Inzwischen wurde auch der Ausnahmezustand von den Militärs aufgehoben. Es liegt auf der Hand, daß dies eine politische Bankrotterklärung des Militärregime ist, die jedoch gleichzeitig den Versuch darstellt, die inzwischen zur realen Bedrohung des abhängig-kapitalistischen Herrschaftssystems eskalierten Massenproteste und Streiks des peruanischen Volkes zu entschärfen.

Solidaritätsspenden zur finanziellen Unterstützung der streikenden und verhafteten Gewerkschaftskollegen und deren Familienangehörigen überweisen Sie bitte auf das
Postcheckkonto Nr. 380 343 - 103
Berlin West, Angelika Kopečný
Kennwort: Victor Cuadros Paredes

Brief eines peruanischen Gewerkschafters

Liebe Freunde und Kameraden:

Als Generalsekretär der Nationalen Gewerkschaftsföderation der Minen- und Metallarbeiter von Peru (Federacion Nacional de Trabajadores Mineros y Metalurgicos del Peru), durch die Militärregierung von Peru am 6. Juli dieses Jahres in die Republik Frankreich ausgewiesen, halte ich es für angebracht, mich an Sie zu wenden, um öffentlich die Schandtaten und Verletzungen der Menschen-, Gewerkschafts- und Freiheitsrechte ANZUKLAGEN.

Am 3. August haben die 2500 Arbeiter von Toquepala einen unbefristeten Generalstreik ausgerufen um folgendes zu fordern: Beendigung der Repression, Wiedereinsetzung der Gewerkschaftsleitung, die ebenfalls entlassen worden ist, Repatriierung von Kollegen Victor Cuadros Paredes, Arbeiter in Toquepala und nationaler Gewerkschaftsführer, allgemeine Lohn- und Gehaltserhöhung entsprechend dem Anstieg der Lebenshaltungskosten, Anerkennung der gewerkschaftlichen, demokratischen Freiheiten und der Menschenrechte. Die Militärregierung und das imperialistische Bergbauunternehmen Southern Peru Copper Corporation haben brutal mit der Invasion der Wohnlager der Arbeiter durch mit Panzern, Maschinenpistolen und Gewehren bewaffneten Armeeeinheiten geantwortet, die ein Klima von Terror und Einschüchterung entstehen ließen. Sie bedrohen die Arbeiter in ihren Wohnungen, damit sie am Montag, den 8. August wieder die Arbeit aufnehmen: sie drohen, daß jeder, der nicht in die Arbeit geht, aus den Wohnungen und Lagern hinausgeworfen wird. Angesichts der Weigerung der Arbeiter, vor allem derjenigen, welche die Personaltransporte zu den ver-

schiedenen Arbeitsplätzen fahren, gehen die Regierung und die Firmen nun daran, Truppenangehörige anzulernen, damit sie die Fahrzeuge am Montag, den 8. August, fahren. Trotz allem bleiben die Arbeiter fest entschlossen, den Streik fortzusetzen; die Gewerkschaftsleitung des Betriebes wird durch die Polizei gesucht, ebenso alle Streikposten. Angesichts dieser Situation haben die Frauen der Minenarbeiter die Betriebsgewerkschaft übernommen und ebenso die Leitung des Streiks, Kommissionen der Arbeiterfrauen sind in die Landeshauptstadt gefahren, um Verhandlungen mit den zuständigen Regierungsstellen zu führen, mit dem Ziel den Konflikt zu lösen. Angesichts der Schwere des Falles wird für den 8. August im gesamten Departement von Arequipa, im Süden Perus ein unbefristeter Generalstreik zur Unterstützung der Kollegen von Toquepala und gegen die Welle von Entlassungen und Verhaftungen ausgerufen. Ebenso treten die Metallarbeitergewerkschaften des Hafens von Ilo, der zum gleichen imperialistischen Unternehmen der SPCC gehört, am Montag, den 8. August in Streik, um die Wiedereinsetzung ihrer Leitungsgremien (insgesamt 33 entlassene Gewerkschaftsführer), die ebenfalls geschlossen worden sind zu fordern und um den Streik von Toquepala zu unterstützen. Der Konflikt droht sich auf nationale Ebene mit unbefristeten Charakter auszuweiten, da die Nationale Gewerkschaftsföderation der Minen- und Metallarbeiter sich anschickt, einen unbefristeten Generalstreik im Lande auszurufen.

Der Widerstand der Arbeiterklasse, des peruanischen Volkes und vor allem des Bergbau- und Metallverarbeitungssektors wird immer stärker und entschlossener, so daß es der Militärregierung mit der Repression nicht mehr gelingt, die Massen in Schach zu halten, weil sie immer entschiedener für ihre Rechte und Interessen kämpfen; aus diesem Grund benötigen sie die Hilfe und Solidarität des Internationalen Proletariats, sowie der demokratischen Sektoren der revolutionären und fortschrittlichen Informationsmedien. Deswegen wende ich mich an Sie alle, Kollegen und Genossen, damit Sie Ihre solidarische Unterstützung mit dem Volk meines Landes zeigen, besonders mit den Bergarbeitern von Toquepala, dem bedeutendsten Bergbauzentrum von Peru, das 50% des nationalen Bergbaus und deswegen der Deviseneinkommen repräsentiert. Ihre Solidarität kann ausgedrückt werden durch: Öffentliche Manifestationen, Delegationen zur Botschaft von Peru in den verschiedenen Ländern, Verlautbarungen etc., damit der Kampf des Minenproletariats und des peruanischen Volkes die anti-gewerkschaftliche und antidemokratische Offensive der peruanischen Militärs aufzuhalten vermag. Sicher, mit Eurer Hilfe rechnen zu können, wiederhole ich meinen Dank und den des Proletariats meines Landes.

Brüderlich
Victor Cuadros Paredes
Generalsekretär der Nationalen Gewerkschaftsföderation der Minen- und Metallarbeiter von Peru (FNTMMP)

Anmerkung: Über folgende Adresse kann mit mir Kontakt aufgenommen werden:

110 rue ORDENER
75018 Paris -
France

Jiron Puno 387
oficina 401
Lima Peru

Leserbrief zur Solidaritätsarbeit für peruanische Gefangene

In der Nummer 63 von August 1977 habe ich den Aufruf zu Peru gelesen. Es ist richtig, daß die Repression in Peru brutal und geplant gegen die fortschrittlichen Kräfte vorgeht. Solidarität ist sehr wichtig.

Ich kann aber nicht verstehen, daß Personen, die nach Peru fahren, gebeten werden, „Gefängnisets“ für die Gefangenen mitzunehmen. Ich frage, ob es geschieht ist, daß nicht falsche Leute sich beim Komitee in Berlin vorstellen und damit, bei der Übergabe der Sachen in Peru diejenigen Leute stark gefährden, die die Sachen aus Deutschland in Empfang nehmen.

Ich bin auch aus Kenntnis der Lage in meinem Land auch in Sorge darüber, daß Gefangene bestraft werden können, wenn bei ihnen Dinge gefunden werden, die nachweislich nicht aus Peru stammen.

Durch die Solidaritätsarbeit für Chile und Argentina müssen die engagierten Leute, die sich für die politischen Gefangenen in Peru einsetzen, gelernt haben. Es ist besser, Geld zu sammeln und die notwendigen Sachen in Peru zu kaufen. Ich habe aber starke Bedenken gegen solche „Gefängnis-Set-Aktionen“ da die Sicherheit der Boten und der Empfänger nicht gegeben ist.

Der Name des peruanischen Verfassers ist der Redaktion bekannt.

MEDIZIN IN DER DRITTEN WELT

Wir legen den Themenblock „Gesundheit in der Dritten Welt - ein medizinisches Problem,“ vor, weil in den letzten Jahren verstärkt europäische Medizinstudenten und Ärzte in der Dritten Welt gearbeitet haben. Die Frustration über hiesigen Klinikbetrieb und fehlende emanzipatorische Perspektive im politischen Bereich dürften bei einem kleinen Teil der Grund für das Engagement in Dritte-Welt-Ländern gewesen sein. Der weitaus größere Teil übertrug jedoch die Methoden und Vorstellungen der 'westlichen Medizin' relativ unkritisch auf unterentwickelt gehaltene Länder. Die Verbesserung der Gesundheitssituation für die breite Masse der Bevölkerung wird dabei gleichgesetzt mit verstärktem Einsatz ausgebildeter Ärzte und Kapital für technische Hilfsmittel (meist aus Europa oder USA). In dem Briefwechsel zu Nepal kommt ein typischer Vertreter dieses Ansatzes zu Wort.

Mit diesem Heft wollen wir die Diskussion aufnehmen, wie das Grundbedürfnis nach Gesundheit bei der gesamten Bevölkerung in Ländern der Dritten Welt befriedigt werden kann. Wir gehen dabei von der Grundthese aus, daß Krankheit ihre Ursachen im sozio-ökonomischen System hat und deshalb nicht isoliert in einem 'Gesundheitssektor' bekämpft werden kann.

Von daher kritisieren wir die 'westliche Medizin' als einen Ansatz, der die sozio-ökonomischen Bedingungen außer Acht läßt. Die Artikel zu Tansania und Rhodesien/Zimbabwe verstehen wir dazu als Beispiele. Im Gegensatz zum westlichen Krankheitsbegriff taucht in dem Artikel „Gleichgewicht und Wohlbefinden: die Vorstellungen der Zulus über Medizin“ eine vollkommen andere Definition auf. Dieser Artikel soll an einem Beispiel zeigen, daß in einem anderen Kulturkreis Krankheit aus der Beziehung des Menschen mit seiner Umwelt abgeleitet wird. Diesen Aspekt der traditionellen Medizin bei den Zulus sehen wir als positiven Gegensatz zum 'westlichen' System.

Wir dürfen allerdings nicht den Fehler machen, dieses oder andere Beispiele traditioneller Medizin zu idealisieren: dafür ist unser Wissen zu oberflächlich. Mit diesem Artikel wollen wir lediglich dem Aberglauben entgegenreten, daß traditionale oder afrikanische Medizin nur Hokusfokus ist.

Wir verkennen gleichzeitig nicht, daß die westliche Medizin seit der Zeit der Aufklärung zu einer positiven Entwicklung der Krankheitsbekämpfung beigetragen hat: durch naturwissenschaftliche Methoden erhielt sie Einblick in die Wirkungsweise des Organismus. Ihre positiven Errungenschaften können durchaus in ein fortschrittliches Gesundheitssystem integriert werden.

Wir halten einen gegenseitigen Austausch der verschiedenen Lösungen für fruchtbar.

Mit den Artikeln über Guatemala, Peru, Papua-Neuguinea und Chile möchten wir positive Ansatzpunkte verschiedener Projekte darstellen. Diese Projekte sind in den genannten Ländern aber Einzelercheinungen: weder sind sie repräsentativ für das Gesundheitssystem in Guatemala, Peru, Papua-Neuguinea oder Chile noch ist der politische Rahmen als notwendige Bedingung zur Krankheitsverminderung gegeben: Armut, Arbeitslosigkeit, Analphabetentum sowie politische und wirtschaftliche Ungleichheit bleiben als Faktoren, die Krankheit begünstigen und verursachen, im wesentlichen unangetastet.

Einige wichtige ergänzende Elemente für ein fortschrittliches Gesundheitssystem, das die Grundbedürfnisse der gesamten Bevölkerung befriedigt, sind in den Thesen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zusammengefaßt.

Der Versuch „Konzepte der Befreiungsbewegungen in der Gesundheitsversorgung“ - vor allem in Namibia und Zimbabwe - miteinzubeziehen, scheiterte daran, daß die programmatischen Aussagen allzu knapp sind und vor allem Praxisberichte fehlen. Die Solidaritätsbewegung müßte hier bei ihren Kontakten mit Befreiungsorganisationen verstärkt um Informationen bemüht sein. Anders dürften Aktionen zu diesem Bereich - wie z.B. Medikamentensammlungen - kaum fundiert und anschaulich vermittelt werden können.

Mit dem letzten Teil des Themenblocks wollen wir vor allem Leser in Aktionsgruppen ansprechen: der Artikel „Sinn und Unsinn von Medikamentensammlungen“ arbeitet Erfahrungen von 'medico international' auf, die diese Gruppe bei ihrer langjährigen Tätigkeit gewonnen hat.

Da wir selbst schon einen Aufruf „Mozambique sucht Fachkräfte“ in den blättern (Nr. 58/Dezember 76) abgedruckt haben und in nächster Zeit einige Gruppen in der BRD verstärkt dafür arbeiten wollen, haben wir von der Amilcar-Cabral-Gesellschaft den Artikel „Schwierigkeiten mit denen Mediziner in der Dritten Welt rechnen müssen“ übernommen.

In einer der folgenden Ausgaben wollen wir noch auf die Rolle der Pharmakaindustrie in unterdrückten Ländern eingehen.

Red.

Was ist westliche Medizin?

Werkzeug zur Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft

Auch wenn der Begriff „westliche Medizin“ reichlich unpräzise ist, wollen wir ihn in Ermangelung eines besseren hier verwenden. Wir verstehen darunter die Gesamtheit der klinischen, sozialen und strukturellen Medizin, wie sie sich mit der Entfaltung des Kapitalismus als wesentlich kurative vor allem in Europa und den USA bis heute entwickelte, um die Reproduktion der Ware Arbeitskraft auf möglichst billige Weise zu gewährleisten. Noch heute wird z.B. „Gesundheit“ häufig mit „Erwerbsfähigkeit“ gleichge-

setzt. Unter den Bedingungen der entfremdeten Arbeit bedeutet dies aber, für den 'Arbeitgeber' produktiv zu sein. Äußeres Anzeichen dieser Verbindung ist z.B. der Rückgang von Krankmeldungen in der gegenwärtigen Rezession. Scharfe Konkurrenz am Arbeitsplatz zwingt die Arbeitnehmer, bei Erkrankungen wie Grippe oder Kopfschmerzen, Schmerzmittel zu nehmen, um arbeitsfähig zu bleiben. Psychische Schwierigkeiten werden durch Einnahme von Tranquillizern (Beruhigungsmitteln) „gelöst“. Dies macht die Verbindung der Medizin zur herrschenden Klasse deutlich. Daß sich die „westliche“ Medizin unter privatwirt-

schaftlichen Bedingungen als ein profitabler Kuchen erwies, von dem so mancher inzwischen eine Scheibe abhaben will und kann, ist eine Besonderheit, die einen Aspekt der heutigen Krise der Medizin ausmacht und die zur Folge hat, daß sich die Ware Arbeitskraft gar nicht mehr so billig wiederherstellen läßt.

Westliche Medizin vernachlässigt soziale Ursachen von Krankheit

Bei der Definition von Krankheit löst sie zum einen das Individuum aus seinem sozialen Umfeld. Nun sind aber Krankheiten häufig Ergebnisse zwischenmenschlicher Beziehungen. Sie sind nur als Auswirkungen des sozialen Systems zu verstehen.

Wir kritisieren von daher die „westliche“ Medizin als *individuum zentriert*, weil sie versucht, die Behandlung des Erkrankten zu gewährleisten, ohne die psychosozialen und gesellschaftlichen Bedingungen der Verursachung von Erkrankungen genügend in Betracht zu ziehen.

Als Beispiel wählen wir einen Patienten mit Lebercirrhose; Lebererkrankungen entstehen häufig durch Alkoholmissbrauch. Der „westliche“ Arzt behandelt die angegriffene Leber, d.h. das Symptom oder die Wirkung, zu den Ursachen dringt er nicht vor: Ein strenger und autoritärer Vater, der ihn als Kind häufig schlug, später dann Schwierigkeiten im Beruf durch Arbeitsdruck – das sind die miteinander verketteten Gründe, die unseren Patienten immer häufiger zur Flasche, zum „Tröster“ greifen ließ. Das aber ist für den Arzt Nebensache, er behandelt die Wirkung und nicht die Ursache, denn die Medizin ist *kurativ orientiert*, d.h. Zielgruppe ihrer Bemühungen sind die bereits erkrankten Gesellschaftsmitglieder. Sie ist somit auch krankheitsfixiert, dabei aber gar nicht so erfolgreich, wie es auf den ersten Anblick scheint.

Die Ausrichtung auf Heilung macht der Medizin Erfolge im psychosomatischen Bereich und in der Sozialpsychiatrie kaum möglich. Suchtkrankheiten, Suizide (Selbstmorde) oder umweltbedingte Schädigungen durch eine privatwirtschaftliche Industriegesellschaft sind Phänomene, bei denen die „Westliche“ Medizin ein Konzept vermissen läßt. Hier können nur präventive Maßnahmen Abhilfe schaffen: z.B. die Humanisierung der Erziehung und Arbeitswelt im Zusammenhang mit einer Veränderung der Gesellschaft. Mit liebesfähigen Eltern und guten Arbeitsbedingungen wäre unser Patient vermutlich nicht Alkoholiker geworden! Ein weiterer Aspekt in der westlichen Medizin, bei der ein Ursache-Wirkungs-Zusammenhang verkannt wird, indem nur auf den Patienten als Körper geachtet wird, liegt in der Behandlungsmethode. Ein Fließband – oder Schichtarbeiter mit Magengeschwür erhält z.B. den Rat, ein regelmäßiges und ruhiges Leben mit häufigen Spaziergängen zu führen. Am Magengeschwür wird herumgedoktert, aber das Arbeitsleben unter Stress als Ursache wird nicht beachtet, geschweige denn angegangen.

Westliche Medizin verpflanzt den Kranken in eine unmenschliche Umgebung

Es ist nur folgerichtig, wenn die Einrichtungen des Gesundheitssystems, die die soziale Struktur der „westlichen“ Medizin bilden, den Patienten isolieren. Die wichtigste Einrichtung ist das Krankenhaus, denn dort werden die schwereren Krankheiten behandelt, deshalb ist das System auch *krankenhaus zentriert*. Der Kranke wird hier von seinen Familienangehörigen und Freunden bis auf kurze Besuche abgeschnitten. Als Kranker, der sich als „Mensch in gestörtem Zustand“ empfindet, wird er psychosozial enturzelt, obwohl gerade er besonderer Pflege und Zunei-

gung bedürfte.

Stattdessen muß er in einer wahrhaft sterilen Umgebung leben, die mit allerlei technischem Gerät ausgestattet ist, dessen Funktion er nicht versteht. Die einzigen regelmäßigen Kontakte hat er mit dem Pflegepersonal, von dem er körperlich und auch emotional abhängig ist. Der Verlust seiner Persönlichkeit und Mündigkeit fördert einen Rückfall in infantiles Verhalten. Ein so unvertrautes, unpersönliches und beängstigendes Klima behindert eher seine Genesung, als sie zu fördern.

Westliche Medizin ist Konsumorientiert

Die „westliche“ Medizin fordert bei Kranken ein sichtbares äußeres Zeichen für ihre Krankheit, z.B. Veränderungen an einem Organ. Von daher heißt heilen, dieses Organ wieder in seinen ursprünglichen Zustand zurückversetzen. Das einzelne Organ wird dabei losgelöst vom Wirkungsgefüge des Organismus gesehen. Für jedes festgestellte Symptom gibt es dann ein „Gegenmittel“, ein Medikament.



Dem Patienten wird suggeriert, daß er durch Konsum von Medikamenten – oder auch anderen Leistungen des Gesundheitssystems – geheilt wird. Viele Patienten *erwarten* dann schon die Verschreibung einer „Medizin“ als Therapie.

Beim Arztbesuch legt der Patient die Verantwortung für seine Gesundheit in die Hand des Arztes, anstatt sich selbst verantwortlich zu fühlen. Dabei ist das Vertrauen in die „westliche“ Medizin nicht unbedingt berechtigt. Immerhin leiden 7 % aller Patienten, die einen Krankenhausaufenthalt hinter sich hatten, nach Berechnungen des US-Gesundheitsministeriums unter ersatzpflichtigen Schädigungen ihrer Gesundheit, die ihre Ursache in der Anwendung dieser Medizin hatten.

Westliche Medizin fixiert auf die Autorität des Arztes

Der Arzt gewinnt die zentrale Stellung im Gesundheitswesen. Es besteht weitgehend die Auffassung, daß nur Ärzte nach langem Universitätsstudium in der Lage sind, sich in dem abgeschlossenen, spezialisierten, komplizierten Erklärungsgefüge von Krankheiten und deren Behandlung zurechtzufinden.

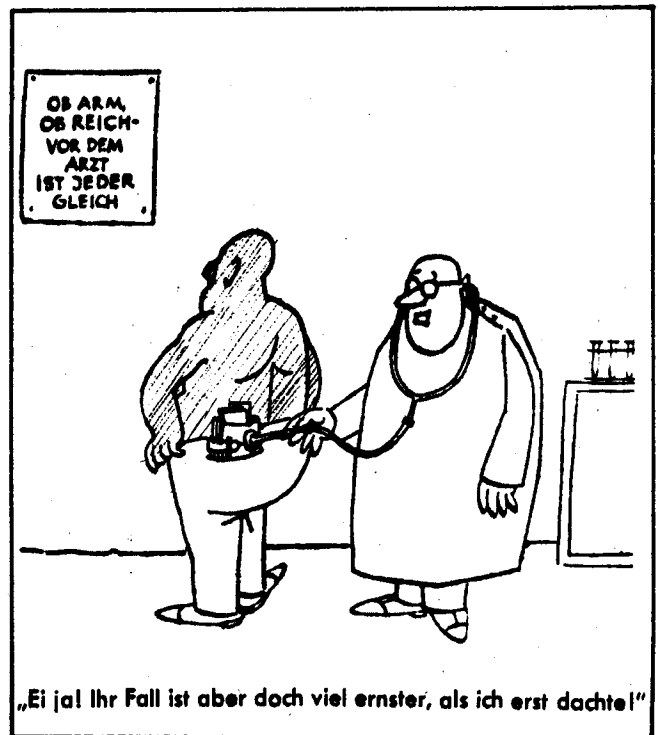
Die Autoritätsgläubigkeit wird von den Medizinern genährt, die dem Patienten Einblick in die Diagnose und Behandlung verweigern. Ärzte rekrutieren sich überdurchschnittlich häufig aus den oberen sozialen Schichten. Durch Ausbildung und Herkunft der Ärzte entstehen große soziale Barrieren, die der Patient häufig nicht überwinden kann. Er ist nicht in der Lage, die Sprache des Arztes zu sprechen, und fühlt sich schon dadurch unterlegen.

Mächtige Standesorganisationen verteidigen die Monopolstellung der Ärzte in der Gesundheitsversorgung, indem sie die Übernahme von „ärztlichen“ Funktionen durch andere Berufsgruppe verhindern (Krankenschwestern, Psychologen, Medizinisch-technische Assistenten).

Westliche Medizin behütet das Kapital und ist selbst höchst profitabel

Wir wollen unsere wesentliche Kritik an der „Westlichen“ Medizin zusammenfassen: In der Symptombehandlung an einzelnen Patienten sehen wir einen Ansatz, der es unterläßt, Krankheitsursachen in der gesellschaftlichen Realität des Kapitalismus zu suchen. Es wäre für das System gefährlich, wenn der Magenkranke die Ursache für seine Krankheit nicht bei seinem Organ, sondern beim Stress des Produktionsprozesses suchen würde. Diesen politischen Aspekt von Krankheit negiert die „westliche“ Medizin. Sie isoliert statt dessen den Patienten und „privatisiert“ die Krankheit. Genau dies ist der Ansatzpunkt für die Arzneimittelwerbung: für jedes Krankheitssymptom gibt es Dutzende von Präparaten, die meist nur unterschiedliche Namen tragen. Häufig sind sie vollkommen wirkungslos, oft aber der eigentliche Krankmacher. In jedem Fall ist die Pharma-Industrie ein Zweig der „Marktwirtschaft“ mit den höchsten Profitraten.

Es werden laufend neue medizinische Apparate entwickelt, die zwar komplizierter und teurer, aber kaum leistungsfähiger sind. So müssen sich z.B. Zahnärzte in der BRD durchschnittlich alle 3 Jahre neue Bohrgeräte anschaffen, wenn sie mit der „Entwicklung“ Schritt halten wollen. Krankheit ist als Teil unserer Konsumgesellschaft ein einträgliches Geschäft.



Traditionale Vorstellungen der Zulus über Gesundheit

„Gesundsein“, was bedeutet das für die Ngunis?

Die Nguni (eine Gruppe afrikanischer Stämme, die an der Ostküste Südafrikas leben; ein Stamm von ihnen sind die Zulus) glauben an eine spezielle Beziehung zwischen einem Volk und seiner Umgebung mit ihrem Pflanzen- und Tierleben. Sie versuchen ihr Leben so zu führen, daß sie immer in Harmonie mit ihrer Umwelt sind. Die Zulus nennen das „ukuzilungisa“. Das bedeutet, daß das harmonische Gleichgewicht nicht nur aufrechterhalten, sondern auch wiederhergestellt werden muß, sollte es einmal nicht mehr stimmen. Mit anderen Worten: Es liegt die Auffassung zugrunde, es gebe eine der Welt innewohnende Ordnung, die durch zahlreiche Gefahren bedroht werden kann, die sich für den Menschen in Krankheit und Unglück äußere. Wenn ein Nguni gesund ist, heißt das nicht nur, sein Körper funktioniert, auch die Welt um ihn herum ist mit ihm im Einklang. „Welt“ schließt dabei Gesellschaft und Umwelt mit ein. (Anmerkung des Übersetzers: Für die Nguni sind diese Erkenntnisse eine Selbstverständlichkeit, deren Bedeutung man sich hierzulande erst heute - nachdem beispielsweise chronische Bronchitis gehäuft auftritt - allmählich bewußt wird: die gestörte Umwelt als Krankheitsursache. Der Mensch ist Teil der Natur, die sich im biologischen Gleichgewicht befinden muß, will er nicht ein erhöhtes Krankheitsrisiko auf sich nehmen. Eine Durchbrechung des ökologischen Gleichgewichts führt oft zu unabhsehbaren Folgen für die Umwelt und den Menschen selbst: Beispiel Umweltverschmutzung durch Freisetzung schädlicher Gase, Abwässer in den Flüssen, Atomkraftwerke, Lärm, Schädlingsbekämpfungsmittel usw., aber auch Streß in der Arbeitswelt unter unmenschlichen Produktionsbedingungen).

Gleichgewicht und Wohlbefinden

Die Mythen der Ngunis über Hexerei machen ihre Vorstellungen eines Lebens in Harmonie mit der Umwelt, auch in Bezug auf ihre sozialen Beziehungen, deutlich: Giftige Substanzen, die krankmachen, wenn man mit ihnen in Berührung kommt, lassen sich unschädlich machen, wenn sie entfernt werden. Sie können einem von jemand in den Weg oder die Wohnung gelegt worden sein, der einem Böses will.

Der Krankheitsbegriff der Ngunis:

Sehen wir uns den Nguni-Begriff „Krankheit“ oder „kranke Gesundheit“ einmal näher an: Krankheit wird nicht nur an einer individuellen Person definiert. Das Zulu-Wort „isifo“ dafür schließt nicht nur körperliche Leiden, sondern auch Unglück, Verletzlichkeit durch Unglück und Krankheit sowie „isidina“ ein. An „isidina“ leiden Leute, die fühlen, daß sie unbeliebt sind oder als abstoßend betrachtet werden. Eine Krankheit, die von Nicht-Afrikanern verstanden und geheilt werden kann, heißt „umkuhlane“. Sie hat eine organische Ursache. Dazu gehören z.B. Masern, Mumps, Epilepsie, chronische Bronchitis und zahlreiche andere.

Im Gegensatz dazu werden „afrikanische Krankheiten“ als eine Störung der Harmonie mit der Umwelt erklärt: Menschen und Tiere lassen etwas von sich selbst hinter sich und nehmen Neues aus der Umgebung auf, wenn sie irgendwoanders hingehen. Die Spuren, die zurückbleiben, werden in der Zulu-Sprache „umkhondo“ genannt. Man glaubt, daß jeder, der aus der Ferne zurückkehrt, fremde Elemente oder Einflüsse mitbringt, die er auf seiner Reise aufgenommen

hat. Ein „umkhondo“ wird aufgelesen, wenn man es berührt oder darüber hinwegläuft. Ein fremder Einfluß kann eingeatmet werden (Bakterien, Viren). Ist die Spur oder der Einfluß gefährlich, wird man krank. (Anm.: Hier wird eine bestimmte Angst vor Fremden und etwas Fremden deutlich, die vermutlich ihre Ursache in den schlechten Erfahrungen hat, die die Schwarzen mit den weißen Kolonisten gemacht haben.) Wenn ein Nguni von einer Krankheit getroffen wird, die nicht als „umkuhlane“ angesehen wird, fragt er, welches „umkhondo“ er aufgelesen hat, warum irgendetwas Giftiges in sein Essen getan worden ist oder ob etwas passiert ist, was seine Vorfahren bewog, ihren Schutz von ihm zu nehmen, kurz, wo die bestehende Harmonie gestört sein könnte.

Von wem lassen sich die Ngunis behandeln?

Wenn sie krank werden, gehen die Ngunis heute zuerst zu einem westlich geschulten Arzt oder benutzen, wenn der nicht erreichbar ist, Hausmittel, die ähnlich den westlichen Medikamenten wirken. Nützt das nichts, dann ist es in ihren Augen kein „umkuhlane“, und der Rat eines eingeborenen Praktikers wird gesucht. Von westlichen Schreibern wird dieser gern „Hexendoktor“ (=witchdoctor) oder „Medizinmann“ genannt. Wenn die Ngunis zu einem „witchdoctor“ gehen, erkennen sie gleichzeitig an, daß die Krankheit von einem Ungleichgewicht in der Welt oder Gesellschaft herrührt, also ein Bruch in der natürlichen oder sozialen Ordnung zugrunde liegt. Deshalb verordnet der Praktiker meistens zuerst einmal die Übersiedlung seines Patienten aus seiner gewohnten Umgebung in den Haushalt eines bevorzugten Verwandten oder sogar in sein eigenes Haus. Hier zeigt sich die klare Erkenntnis, daß auch etwas mit den sozialen Beziehungen des Patienten nicht in Ordnung sein kann und dies zu seiner Krankheit geführt hat. Westlichen Autoren ist es im allgemeinen nicht gelungen, all diese Vorstellungen zu verstehen. Sie hatten nicht das nötige Vertrauen der Afrikaner, um herauszufinden, was diese wirklich über Krankheit denken. Außerdem suchten sie mehr nach dem Unüblichen und Merkwürdigen des afrikanischen

Lebens, als nach den schnell verständlichen Aspekten. Das Merkwürdigste ist aber nicht unbedingt das Typischste einer Lebensweise. Hat man die Logik hinter den afrikanischen Vorstellungen erst einmal verstanden, erscheinen sie letztlich gar nicht mehr so fremd und bizzar.

Das „einfache“, „ignorante“, „abergläubische“ und „von Hexerei geplagte“ afrikanische Volk ist damit am Ende näher am Verständnis dessen, was eine wahre, gesunde Lebensweise ausmacht, als der aufgeklärte, naturwissenschaftlich orientierte Westen mit seiner verachtenden und beherrschenden technologischen Überlegenheit.

bt/höw/rb

Betr.: Chemische Keule

Wir sind eine Gruppe von Ärzten und Chemikern, die über die Chemische Keule und andere chemische Kampfstoffe arbeiten. Da die Möglichkeit von Verletzungen und bleibenden Schäden durch den darin verwandten Stoff Chloracetonphenon immer wieder bestritten wird, benötigen wir dringend Berichte und Befunde von Verletzten, um die öffentliche Auseinandersetzung gegen die Keule führen zu können. Es muß insbesondere in Brokdorf und Grohnde eine ganze Reihe von Verletzten durch die Chemische Keule gegeben haben.

Wir bitten diejenigen, die sich mit derartigen Verletzungen in ärztliche Behandlung geben mußten **dringend** uns

1. einen ganz kurzen Bericht über den Hergang und
2. einen ärztlichen Befund- und Verlaufsbericht über Augen- bzw. Hautverletzungen o.a. zu schicken.

Um die Vertraulichkeit der Berichte zu gewährleisten, schickt diese bitte an:

Rechtsanwalt Jens A. Brückner
Lietzenburger Str. 91
1000 Berlin 15

Bitte auch weitersagen!

Korrektur:

Im Juniheft der „Blätter“ wird von der einstweiligen Verfügung eines Bonner Gerichts gegen die Broschüre „colonia dignidad - Deutsches Mustergut in Chile - ein Folterlager der DINA“ berichtet. In dem Bericht, wofür wir ansonsten sehr dankbar sind, wird ein Mitarbeiter unserer Gruppe zitiert, der gesagt hatte: „Die Broschüre verbreiten wir weiter“. Dieser Satz wurde tatsächlich geäußert, aber bevor wir etwas von der einstweiligen Verfügung wußten. Er ist die Reaktion auf eine Aufforderung der Anwälte der colonia dignidad, unsere Behauptungen zurückzunehmen.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir die Leser der „Blätter“ informieren, daß die Prozesse gegen amnesty international und den STERN, die von der colonia dignidad wegen der Broschüre eingeleitet wurden, in den nächsten Wochen stattfinden. Wir sind darauf angewiesen, daß die Verhandlungen von einer kritischen Öffentlichkeit mitverfolgt werden. Über den Widerspruch gegen die einstweilige Verfügung, die das Verbreiten der „colonia dignidad“-Broschüre verbietet, wird am 26. 10. 1977 vom Oberlandesgericht Köln entschieden. Das Verfahren in der Hauptsache findet am 2. 12. 1977 beim Landgericht Bonn statt.

amnesty international, Chile-Koordinationsgruppe

Abonnierzettel

Ich abonniere die „blätter des iz3w“

- ☐ rückwirkend von Anfang dieses Jahres
- ☐ ab der letzten erschienenen Nummer
- ☐ ab Nr.

zum Normalpreis von DM/Sfr. 28,- / öS 200,00 pro Jahrgang (8 Hefte)

- ☐ Ich bin und abonniere zum ermäßigten Preis für Schüler, Lehrlinge, Studenten, Soldaten, Rentner usw. für DM/Sfr. 20,- / öS 140,- pro Jahr.

Ich bitte um **Nachlieferung** – soweit lieferbar – des Jahrgangs

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 1972 (Nr. 15 – 20) | DM 11,25) |
| <input type="checkbox"/> 1973 (Nr. 21/22 – 30) | DM 18,00) |
| <input type="checkbox"/> 1974 (Nr. 31 – 40) | DM 18,00) |
| <input type="checkbox"/> 1975 (Nr. 41/42 – 50) | DM 25,00) |
| <input type="checkbox"/> 1976 (Nr. 51 ff) | DM 28,00) |
| (Schüler etc.) | DM 20,00) |

Absender:



Westliche Medizin in Tansania

„Westliche“ Medizin in Ländern der Dritten Welt am Beispiel Tansania: Ein trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus

Ulrich Schultz
Robby Hartog
Wolfgang Bichmann

„Aspro ni dawa ya kweli
Inaondoa maumivu
mara moja, mara moja
Aspro ni dawa ya kweli!!!“

Aspirin ist das wahre Mittel
Es nimmt die Schmerzen weg
Auf einmal, auf einmal
Aspirin ist das wahre Mittel¹

Das wahre Mittel? Dieses Kiswahili-Lied ertönt in Tansania mehrmals täglich im Radio und selbst in den entlegendsten Dörfern finden sich bunte Blechschilder, die für Aspro werben.²

Ein anderes Beispiel: Erst durch die bemerkenswerte Aufklärungsarbeit der Arbeitsgruppe Dritte Welt Bern mit ihrer Veröffentlichung „Nestle tötet Babys“³ und dem sich anschließenden Prozeß des Konzerns gegen Mitglieder dieser Arbeitsgruppe ist weltweit bekanntgeworden, daß Trockenmilch unter den ungünstigen hygienischen Bedingungen der unterentwickelten Länder⁴ samt der dazu notwendigen Flasche ein Mordinstrument für Babys darstellt, das ohnegleichen ist. Jüngste Untersuchungen in Chile haben ergeben, daß Kinder, die während der ersten 3 Monate ihres Lebens mit der Flasche ernährt wurden, im Verhältnis zu bruster-nährten Geschwistern eine dreimal so hohe Sterblichkeit zeigen.⁵ Um „Lactogen“ an die afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Frauen zu bringen, ist jeder Betrug recht: Verkäuferinnen werden als Krankenschwestern verkleidet.⁶ Die an die Stelle der Brustmilch tretende süße, schmackhafte Flaschennahrung hat zur Folge, daß die weniger entsaugte Mutterbrust immer weniger Muttermilch produziert, bis sie endgültig versiegt. Ein tödlicher und pro-fiträchtiger Circulus vitiosus ist geschlossen, da nun die Mutter tatsächlich auf die teuren und gefährlichen Produkte angewiesen ist. Nach einer Schätzung wurde 1969 in Tansania dieselbe Summe für künstliche Säuglingsmilch ausgegeben, die dem staatlichen Gesundheitswesen als Budget zur Verfügung stand.⁷ Aber nicht nur volkswirtschaftlich, auch individuell fordert künstliche Säuglingsnahrung ihren Preis, wie Tabelle 1 veranschaulichen soll.⁸

Tab. 1: Kosten der künstlichen Ernährung in Prozenten der niedrigsten Einkommen

Land	Minimaleinkommen/ Woche in US-Dollar	Ausgaben f. Säuglings- nahrung (in % des Ein- kommens	
		3 Mt. alter Säugling	6 Mt. alter Säugling
Großbrit.	39.20	2.1	3.3
Tansania	7.62	20.6	32.0
Nigeria	5.18	30.3	47.1

Quelle: PAG (UNO): Handbuch über Kinderernährung.
PAG-Dokument 1, 4/26, Dezember 1971

Seine Parallele findet dieses Verhalten der multinationalen Konzerne im Verhältnis der industrialisierten Staaten zu den sogenannten unterentwickelten Staaten z.B. in der groß-

zügigen Vergabe von medizinischer technischer „Hilfe“, wie Laboren, Elektronenmikroskopen, oder gar ganzen Krankenhäusern.

Die Reihe der Beispiele ließe sich um ein Vielfaches verlängern.⁹ Indem zusätzlich weithin angenommen wird, daß Aspirin, Trockenmilch und Medikamente gerade dort „Fortschritt“ bedeuten, wo angeblich „nichts“ ist, wird einer neokolonialen Mystifikation aufgesessen, die - neben ihrem ökonomischen Ursprung - zweifelsohne auch im Fortschrittsdenken der naturwissenschaftlichen Medizin begründet liegt.

Im folgenden wollen wir historisch und aktuell am Beispiel Tansania zu zeigen versuchen, daß es noch ganz andere Praktiken gibt, mit sogenanntem technischen Fortschritt Medizin-Imperialismus zu betreiben. Daraus resultiert, daß Armut, Unwissenheit und Krankheit - die 3 Hauptfeinde Tansania's (Nyerere), aber auch aller anderen Entwicklungsländer - nicht abgeschafft, sondern zusätzlich unterstützt, zumindest aber an ihrem fatalen Fortwirken nicht wesentlich gehindert werden.



In den sogenannten 28 „least developed countries“ (LLDC-Länder¹⁰), zu denen auch Tansania neben 17 weiteren afrikanischen Staaten zählt, läßt sich zusätzlich zur Unterentwicklung aller gesellschaftlichen Bereiche oft eine Ressourcenfehlverteilung für das Gesundheitswesen feststellen, die von der Verteilung politischer Macht auf die sozialen Klassen nicht getrennt gesehen werden darf.

Auf den für die Gesundheitspolitik entscheidenden ökonomischen Hintergrund Tansanias kann nicht im einzelnen eingegangen werden; es sei daher verwiesen auf den entsprechenden Themenblock in Nr. 60 der „blätter“.

Im Augenblick gibt Tansania 3,4% des Staatshaushalts für das Gesundheitswesen aus.¹¹ Doch gilt für Tansania wie für alle anderen Entwicklungsländer, daß sie nur ganz bescheidene Pro-Kopf-Ausgaben erreichen, selbst wenn sie prozentual ebenso große Anteile vom BSP/Kopf oder vom Staatshaushalt für das Gesundheitswesen aufwenden wie die entwickelten Länder.

Tansania's BSP/Kopf beträgt z.Zt. 325,- DM (BRD: 9.325,- DM) und ist seit der Unabhängigkeit 1961/62 fast um ein Dreifaches gestiegen. ¹² So kann heute Tansania für das Gesundheitswesen nur 22.50 Tsh (etwa 7,- bis 8,- DM) pro Kopf und Jahr ausgeben. Die geringste Fehlverteilung eines solchen Betrages hat katastrophale Folgen.

Tansania hat seit seiner Unabhängigkeit 1961 und insbesondere seit seiner Arusha-Deklaration 1967 ¹³ immer wieder den festen politischen Willen zum sozialistischen Aufbau und zur Überwindung bestehender gesellschaftlicher Ungleichheiten zum Ausdruck gebracht. Es zählt momentan zu den sogenannten 5 Frontstaaten, die die Befreiungsbewegungen Zimbabwes besonders unterstützen und ist dabei, mit Angola und Mocambique den ersten Baustein für ein sozialistisches Panafrika zu legen. Malcolm Segall konnte jedoch aufzeigen, daß im tansanischen Gesundheitswesen die Spuren des Kolonialismus noch nicht verwischt sind, und daß immer noch Ungleichheiten bestehen, die fatale Folgen haben. So stellte er fest, daß 1970/71 für die kurative Medizin 17mal mehr Geld ausgegeben wurde als für die Präventivmedizin, obwohl gerade auch im ersten wie im zweiten Fünfjahresplan betont worden war, daß die Präventivmedizin auf dem Lande den zukünftigen Schwerpunkt ausmachen müsse. ¹⁴

Wir selbst konnten diesen Widerspruch während einer relativ kurzen, aber sehr lehrreichen Famulatur sehen und kennenlernen und haben uns nach den Gründen gefragt. ¹⁵

Die traditionale afrikanische Medizin

Im folgenden wollen wir versuchen, stückwerkartig die Gegensätzlichkeit afrikanischer medico-kultureller Erscheinungsformen anzudeuten.

Im Herbst 1976 berichteten führende afrikanische Medizinprofessoren und Ärzte auf der WHO-Konferenz in Kampala (Uganda), daß die Landbevölkerung noch zu 75% ausschließlich auf die Fürsorge des Medizinmannes angewiesen ist. ¹⁶ Noch heute kommt in Tansania auf etwa 15-30 nachbarschaftliche Hausgemeinschaften ein traditioneller Arzt. ¹⁷ (mganga)

In bestimmten Regionen, wie z.B. in Sukumaland (am Viktoria-See), organisieren sie sich in geheimen Gesellschaften. ¹⁸ Afrikaner suchen trotz „westlicher“ Medizininstitutionen in der Regel, wenn sie erkranken, einen traditionellen Arzt auf. ¹⁹ Ein Hospital oder ein Dispensary ²⁰ wird erst als allerletzter Ausweg in Betracht gezogen. ²¹ Etwa ein Drittel der Stadtbevölkerung Dares-Salaams zieht einmal im Jahr um, ²² weil entweder der Betreffende oder sein Nachbar aus irgendwelchen Gründen als verhext diagnostiziert wurde, was manchmal sogar ein Todesurteil oder den Voodoo-Tod ²³ (Selbstverstrickungstod) bedeuten kann. Nur durch Umzug kann der drohende Schaden oder das drohende Unglück abgewendet werden.

Insgesamt soll es etwa 700 voll arbeitende traditionelle Ärzte in Dar es Salaam geben (schätzungsweise 35 000 bis 40 000 in Tansania), wobei eine Behandlung zwischen 0,60 DM und 1,20 DM bei leichteren und 3,- DM bis 50,- bei schwereren, besonders Geisteskrankheiten, kostet. ²⁴

Es ist erstaunlich, daß traditionelle Ärzte über ebenso umfangreiche therapeutische Möglichkeiten verfügen wie „westliche“ Ärzte (ausgenommen große chirurgische Eingriffe): Impfungen, Beschneidungen von Männern und Frauen, Abzeßeröffnungen, Uvulektomie ²⁵, Zahnextraktionen, Tonsillektomie, Entbindungen oder Abtreibungen gehören zu ihrem Handwerk. ²⁶

Auch epidemiologische Praktiken waren der traditionellen Medizin nicht unbekannt. So bekämpfte Mkwawa, Häuptling der kriegerischen Hehe, die Pestepidemie von 1886 folgendermaßen:

- Bewohner einer Gegend, in der die Pest ausgebrochen war, durften an anderen Orten nicht empfangen werden
- der Tod von Ratten sollte unverzüglich gemeldet werden (denn man hatte gelernt, daß bei Funden von toten Ratten, die Hütten verlassen werden mußten.
- erkrankte Menschen wurden in entlegene Gebiete isoliert ²⁷

Gerade für Europäer scheinen die traditionellen Vorstellungen von Therapie und Prävention von Krankheiten besonders schwer verständlich zu sein, was sich auch in Begriffen wie „schwarze Magie“ oder „Okkultismus“ ausdrückt. Ebenso werden traditionelle Ärzte (mganga's) als „witch-doctors“ (witch, die Hexe, der Zauberer) oder „diviner“ (Wahrsager) diffamiert. Es gehörte zu den ersten deutschen Amtshandlungen, bestimmte Praktiken der traditionellen Ärzte zu verbieten ²⁸; selbst heute dürfen traditionelle Ärzte z.B. in Rhodesien ihren Beruf nicht ausüben.

Tatsächlich gibt es einige traditionelle Therapien oder Tabus, die nach westlicher Krankheitslehre eher krankheitsverursachend als therapeutisch nützlich ²⁹ sind. Etwa, wenn in der Mwanza-Region Kindern unter 3 Jahren kein Fisch oder in einigen Gebieten der Kilimandjaro-Region wegen der Furcht vor Wurmbefall Kindern kein Fleisch gegeben wird. Aber es ist durchaus noch zu klären, ob nicht durch den Kolonialismus bestimmte Tabus erst tatsächlich krankheitsverursachend wurden, weil sich die Lebensbedingungen so rapide verschlechterten.

Es ist afrikanische Krankheitslehre, daß der Bruch bestimmter Stammesregeln, bzw. Tabus zu Krankheit führt, was übrigens gerade innerhalb der westlichen Medizin als eine mögliche Krankheitsursache fast vergessen wurde. Andererseits soll die vom Individuum erlittene Krankheit selbst auf die Art und Weise der Übertretung bestimmter Tabus hinweisen. ³⁰ Wesentlich ist jedoch, daß Krankheit nur beiläufig als eine Krankheit oder Krise des Individuums und vor allem als Krise der Gesellschaft oder der Gruppe aufzufassen ist; ebenso erfolgt die Lösung einer solchen Krise nur scheinbar durch einen einzelnen, der dann als „Medizinmann“ (der geheimes = umfassendes Wissen besitzt), „Schamane“ (wenn die Heilung einen ekstatischen Zustand erfordert) oder „Zauberer“ (der über magische Praktiken verfügt), bekannt ist, denn die Wirksamkeit bedingt sich allein aus dem kollektiven Konsensus ³¹, d.h. der kollektiven Anerkennung der Fähigkeiten dieses Arztes. Ist dieser kollektive Konsensus nicht mehr vorhanden, so kann dies - wie zuweilen dann sensationell von der Presse aufgebauscht - bis zur Ermordung des Medizinmannes führen.

Abgesehen von ihrem eigentlichen Zweck, bedeutete „westliche“ Medizin einen völlig fremden Einbruch in das medico-kulturelle System der Afrikaner und mußte, um ihren Zweck (auf den wir noch kommen) erfüllen zu können, in Konkurrenz zur afrikanischen Medizin treten und sie als „Scharlatanerie“ bekämpfen.

Der Einbruch der westlichen Zivilisation ging einher mit einer ungeheuren Negierung der traditionellen Kultur, auch der traditionellen Medizin. Rücksichtslos wurden alte Rechte außer Kraft gesetzt, die kapitalistische Ökonomie aufgestülpt, und bei Widerstand 75 000 Afrikaner sowie die gesamte Führungsschicht eines Stammes ermordet, wie in Massakern am Ende des Maji-Maji-Aufstandes 1905/1906 ³². Man übergibt die soziale Funktion der traditionellen Medizin, kümmerte sich wenig um das grundsätzlich andere Krankheitsverhalten und -verständnis der afrikanischen Ackerbau- und Nomadengesellschaften. Nur dort, wo Konflikte anstanden, wie etwa beim Umsiedeln der Bevölkerung im Zuge einer Schlafkrankheitskampagne, wurde das Verständnis der afrikanischen Gemeinschaft wichtig ³³

Seit 1975 wird dagegen der Aufbau eines Forschungsinstituts für traditionelle Medizin an der Universität von Dar es Salaam geplant, um zu einer Kooperation zwischen „westlicher“ Medizin und traditionell-afrikanischer Medizin zu gelangen³⁴. Es ist das Verdienst der WHO und der Entwicklung des Gesundheitswesens in der VR China, der afrikanischen Medizin in der Auseinandersetzung mit der „westlichen“ Medizin und ihrer Effektivität zur Anerkennung verholfen zu haben.

**Missionsmedizin und Kolonialmedizin:
„Westliche“ Medizin im Dienste des Evangeliums
und zur Erhaltung der Arbeitskraft**

„Westliche“ Medizin wurde in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts durch britische, amerikanische und deutsche Missionare und die deutschen Kolonialisten kurz hintereinander nach Ostafrika importiert. Bis 1890 wurden die ersten 5 Krankenhäuser gebaut.³⁵ Allerdings unterschieden sich die Interessen der Kirche erheblich von denen der Kolonialregierung, auch wenn sie letztlich gleiche Auswirkungen hatten.

Der Kirche ging es in erster Linie nicht um's Heilen - dies war mehr oder weniger nur ein Nebenprodukt -, sondern um den medizinischen Dienst als Mittel, mit der Bevölkerung in Kontakt zu kommen.³⁶ So waren anfänglich Lepra-Asyle, und später Mutter- und Kind-Kliniken (Maternal and Child Health Clinics - MCHC), sowie psychiatrische Einrichtungen³⁷ (z.B. Lutindi), die Gelegenheiten, aufopferungsvolle Versorgung der Kranken und Verkündigung des Evangeliums erfolgreich miteinander zu verbinden.³⁸

Aus einem ähnlichen Grund bevorzugte die Kirche ländliche Gebiete, da sich dort die Fluktuation der Menschen in Grenzen hielt und dadurch zwischen Missionaren und Bevölkerung ein kontinuierlicher Kontakt ermöglicht wurde. Nach dem 2. Weltkrieg nahm der medizinische Dienst der Missionen in Form intensivierten Krankenhausbaus einen großen Aufschwung. Dies erklärt sich im wesentlichen mit der sich jetzt herausbildenden Besonderheit der Entwicklungshilfe der kapitalistischen Staaten, die hinsichtlich des Gesundheitswesens bevorzugt über kirchliche Organisationen abgewickelt wurde. Heute stellen die Missionen, die nach der Unabhängigkeit volunteer agencies (freiwillige, bzw. gemeinnützige Hilfsorganisationen) genannt wurden, fast 50% der Betten und einen ebenso großen Anteil am Gesamt der tansanischen Krankenhäuser.³⁹

Im Unterschied zu den Missionsärzten waren die ersten Ärzte der deutschen Kolonialregierung Militärärzte.⁴⁰ Ihre Hauptaufgabe lag in erster Linie in der medizinischen Versorgung der Europäer, in zweiter darin, die afrikanischen Arbeitskräfte in einem arbeitsfähigen Zustand zu erhalten, und zuletzt erst darin, die Ausbreitung „tropischer“ Epidemien zu verhindern.⁴¹ Die Kolonial-Krankenhäuser standen in den wenigen Städten, im Unterschied zu den Missionen, denen die ländlichen Gebiete vorbehalten blieben. Erst die britischen Kolonialisten richteten zur medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung (ca. 94% der Gesamtbevölkerung) auch staatliche Dispensaries - Grundeinheiten der Präventivmedizin - ein, die einerseits zwar als Ausdruck der „Fürsorgepflicht“ der Kolonialregierungen ideologischen Rechtfertigungscharakter hatten, andererseits aber ganz offensichtlich vor allem ökonomisch und militärisch notwendig wurden: Aufgrund der gewaltigen Verluste durch Todesfälle im Corps der Eingeborenen-Träger während der britischen Ost-Afrika-Kampagne im 1. Weltkrieg wurden 1917 die Truppen, die hauptsächlich aus Afrikanern bestanden, erstmalig vollständig durchuntersucht - die erste Reihenuntersuchung in der ostafrikanischen Bevölkerung überhaupt!

„The medical needs of war in tropical East Africa had directed attention to the plight of untrained, underfed and unhealthy Africans“.⁴²

Bei späteren Rekrutierungen waren überhaupt nur 50% der Bewerber physisch so gesund, daß sie eingezogen werden konnten.⁴³ Die Auswirkungen dieses mangelhaften Gesundheitszustands auf die Produktivität sind leicht vorstellbar. Malaria wurde in diesem Zusammenhang zu Ende der 20er Jahre von englischen Kolonial-Ärzten zunehmend als „soziale Krankheit“ betrachtet⁴⁴ und durch Gesundheits-erziehungskampagnen und umwelthygienische Maßnahmen angegangen. Ihre Entstehung verdanken die Dispensaries - wie auch die ökologisch orientierten präventivmedizinischen Programme - v.a. den ökonomischen Interessen der britischen Kolonialpolitiker: der zunehmenden Ausbeutung landwirtschaftlicher Exportkulturen wie Kaffee, Baumwolle, Sisal, die die Aufbesserung der gesundheitlichen Lage der Produzenten erforderlich machte.

Unter dem Deckmantel humanitärer Hilfe praktizierten Missions- und Kolonialmedizin, mit ihren unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten Land, bzw. Stadt - so gut sie eben konnten - kurative „westliche“ Medizin zur Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft, bzw. zur Gewinnung von Seelen für die Kirche. Ideologisch verschleiert wurden diese Ziele durch die Rechtfertigung, den „Kulturlosen“, „Primitiven“ und „Unzivilisierten“ Erziehung, Bildung und Gesundheit zu bringen, wobei traditionelle Erziehung, Bildung, Produktionsmethoden, sowie die Kenntnisse der traditionellen Heilkunde nach und nach im Rahmen der „Entwicklung“ zerstört wurden.

Die Gesundheit der Afrikaner - Spiegelbild der wirtschaftlichen Ausbeutung

Auch wenn es für die folgenden Ausführungen noch relativ wenig Quellen gibt, so läßt sich mit einiger Sicherheit vermuten, daß sich das Krankheitsspektrum im Verlauf der Kolonialisierung zu verändern begann. Die Vorstellung, die afrikanischen Existenzbedingungen seien von jeher so schlecht gewesen wie in den letzten 100 Jahren, resultiert aus der langwährenden Mystifikation der realen Zustände: Die erzwungene monokulturelle Ausrichtung der landwirtschaftlichen Produktion, die Einführung der sogenannten „Kopfsteuer“, durch die die Menschen zur Vermarktung ihrer Arbeitskraft gezwungen wurden, und die aus der so entstehenden Wanderarbeit resultierende soziale Desorganisation, verschlechterten die Existenzbedingungen in der Epoche des Kolonialismus. Hierdurch wurde „das Weiterbestehen der alten endemischen Krankheiten wenigstens (begünstigt), wenn . . . nicht gar deren Verbreitung und Auswirkungen (vergrößert); . . . so kann man doch nicht leugnen, daß die direkten Auswirkungen des Kolonialismus (Unterernährung, Fehldiät, körperliche Erschöpfung) und seine indirekten Folgen (Verbreitung und Verschlimmerung gewisser Endemien, Einschleppung neuer Krankheiten) einen negativen Einfluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung hatten.“⁴⁵ Da durch die Wanderarbeit gerade die kräftigsten Männer die Dorfgemeinschaften und die Familien verließen (1943 im Songea Distrikt: 23%, 1953: 33% der Männer)⁴⁶, blieben vor allem Alte, Kinder und Frauen zur Feldbestellung in den ländlichen Gebieten. Neben der resultierenden sozialen Desorganisation hatte dieser Umstand auch ökonomische Folgen, indem die landwirtschaftlichen Erträge absanken, was wiederum die Entstehung und Ausbreitung von Fehl- und Mangelernährungs-krankheiten begünstigte.

Die tansanische Bevölkerung leidet unter den gleichen Krankheiten wie die Bevölkerung der anderen afrikanischen Länder. Infektionskrankheiten, Fehl- bzw. Mangelernährung und Schwangerschaftskomplikationen stellen die häufigsten Erkrankungen und auch Todesursachen dar.⁴⁷

Allein die Infektionskrankheiten wie Amöbiasis, Malaria, Rückfallfieber, Syphilis, Gonorrhoe, Schistosomiasis, Hakenwurmerkrankung und Skabies (Krätze) (s. Kasten) machen ein Drittel der gesamten Hospital-Morbidität wie Mortalität

aus. 48 (Sie alle wurden bezeichnenderweise unter dem Begriff „Tropenkrankheiten“ zusammengefaßt, so als ob die Ursache der Erkrankungen am Klima läge.)

Krankheiten des Atmungssystems (Pneumonie, Bronchitis, Asthma, Mandelentzündung und Katarrh) machen ca. 20% der Mortalität und 10% der Morbidität aus, während Mangel-, bzw. Fehlernährung und Anämien schätzungsweise 10% aller Todesursachen und einen hohen Prozentsatz aller Krankenhausweisungen darstellen. 48 An vierter Stelle der Todesursachen wie Erkrankungen stehen die Krankheiten des Verdauungstrakts mit ca. 10%. 49

Meist treffen diese Krankheiten auf einen durch Mangelernährung, Anämien u.a.m. schwachen oder vorgeschädigten Organismus. Insgesamt verursachen diese 4 Armenkrankheiten 75% aller Tode im Krankenhaus. 50 Herz-Kreislaufkrankungen, wie sie in Industrieländern dominieren, spielen in Tansania nur eine sehr kleine Rolle. (ca. 4%). 51

Besonders hoch ist die Kindersterblichkeit: Von drei Neugeborenen stirbt im Durchschnitt eines vor Erreichen des Alters von 5 Jahren. 52

Zusätzlich existiert eine Vorherrschaft von Lepra und Tuberkulose (die WHO schätzte die totale Prävalenz auf 100 000 bis 120 000 Fälle 53), wobei von den ca. 30 000 jedes Jahr neu auftretenden Tbc-Fällen nur ein Drittel diagnostiziert und 1/5 adäquat behandelt werden kann. 54 Gerade die Tbc zählt übrigens zu jenen Krankheiten, die in der vor-kolonialen Epoche Tansania's völlig unbekannt waren, und wurde wahrscheinlich aus dem Nahen Osten eingeschleppt. 55

Es ist in der vorgegebenen Kürze nicht möglich, die Komplexität des Krankheitsspektrums der tansanischen Bevölkerung darzustellen. Es sei auch nicht vergessen, daß nur die Krankheiten erfasst werden, die dem „westlich“ geschulten Mediziner aufzufallen.

Trotzdem wollen wir anhand dieser Beispiele verdeutlichen, daß Tansania's Krankheiten andere Vorgehensweisen erfordern, als es die individuumzentrierte kurative und symptombehandlungsorientierte „westliche“ Medizin ermöglicht. Die am häufigsten vorkommenden Krankheiten in Tansania zeigen sehr deutlich, daß ihre Bewältigung in erster Linie kein medizinisches, sondern ein politisches Problem darstellt, da an ihrer Entstehung neben der Tatsache einer Infektion die Einkommensverhältnisse, Wohnverhältnisse, Ernährung, Trinkwasserversorgung, Bildungsgrad und die Möglichkeit, überhaupt Zugang zu medizinischen und sozialen Dienstleistungen zu haben, maßgeblich beteiligt sind. 56 Da diese Krankheiten durch entsprechende Maßnahmen leicht vermeidbar wären, kommt der Präventivmedizin für die Gesundheit der Masse der Bevölkerung in den unterentwickelten Ländern eine besonders große Bedeutung zu.

In den Industrieländern wird allerdings heutzutage etwas ganz anderes unter dem Begriff Prävention und Präventivmedizin verstanden als „Verhinderung“ von Krankheiten; es geht vor allem um kostenaufwendige Früherkennung - Pränotation an Stelle von Prävention 57 - wobei bekannt wurde, daß diese Früherkennung nicht unbedingt zur Lebensverlängerung führt. In Tansania sind bspw. zur Bekämpfung von Hakenwürmern die jeweilig notwendigen Chemikalien nur zweitrangig. Viel wichtiger ist der ausreichende Bau von Latrinen, die Gesundheitsaufklärung und -erziehung zu deren Benutzung und das Tragen von Schuhwerk, das ein Eindringen von Hakenwürmern durch die Fußsohlen verhindern soll.

Da die gesundheitliche Lage der tansanischen Bevölkerung vor allem durch einen sehr niedrigen allgemeinen Ernährungsstandard und durch die Tatsache gekennzeichnet ist, daß weniger als 10% der Bevölkerung einen adäquaten Zu-

gang zu sauberem Wasser haben 58, spielen nicht-medizinische Präventivmaßnahmen eine viel größere Rolle bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes als rein kurativ-medizinische. Dies konnte auch von Scrimshaw et al. nachgewiesen werden, die zwischen 1959 und 1964 in drei Dörfern Guatemala's folgende Studie durchführten: Im ersten Dorf wurden allen Kindern im Vorschulalter Lebensmittel zugeteilt. Im zweiten wurde eine Gesundheitsversorgung mit einer Klinik, verbesserter Wasserversorgung, Impfungen, Überwachung menschlicher Kot-Beseitigung und Gesundheitserziehung aufgebaut. 59 Ein drittes Dorf diente der Kontrolle und blieb ohne Maßnahme. Auch wenn die Ergebnisse dieser Studie wegen der relativ kleinen Population und mehrerer unvermeidlicher Fehler nur mit Vorsicht betrachtet werden dürfen, so bestätigen sie, daß der Lebensmittelversorgung der Kinder im Vorschulalter die wesentliche gesundheitssichernde Wirkung zukommt. Obwohl nur Vorschulkinder versorgt worden waren, war das Ernährungsprogramm hinsichtlich der Senkung der Mortalität ebenso erfolgreich wie die aufwendige und sehr teure medizinische Versorgung.



Behandlung und Unterweisung der Kranken.

Gleichzeitig erkrankten mit der verbesserten Ernährung weniger Kinder, wohingegen das medizinische Programm in der Reduzierung des Neuauftretens von Krankheiten versagte.

Tansania's Gesundheitswesen - Perspektiven eines alternativen Ansatzes medizinischer Versorgung

Bis zur Unabhängigkeit Tansania's 1961 hatten die Kolonialisten ein Gesundheitssystem aufgebaut, das zwar über 7000 Betten verfügte, von denen aber mehr als die Hälfte ohne ärztliche Betreuung blieben. 60

Im Unterschied zu den Portugiesen, die während ihrer 500-jährigen Kolonialzeit in Mocambique keinen einzigen Arzt ausgebildet hatten, 61 besaßen sowohl Zentral-Regierung als auch Regional-Verwaltung nicht nur ihr eigenes Gesundheitssystem, sondern auch ihre eigenen Ausbildungsinstitutionen. Während in den Regierungshospitälern „medical assistants“ und Ärzte ausgebildet werden, engagierten sich

die Missionsschulen in der Ausbildung der „rural medical aids“ (ländliche Gesundheitsarbeiter mit kurzer, pragmatisch orientierter Anlernzeit; die medical assistants haben eine theoretisch und praktisch umfassendere Ausbildung von 3 Jahren).

Die Zahl der Einwohner pro Arzt ist bekanntlich ein Qualitätskriterium für den Stand der „westlichen“ Medizin. Tansania verfügte 1961 nur über 17 einheimische Ärzte 62 (von insgesamt 549) 63. Die Vermutung liegt nahe, daß die Ausbildung eher Alibifunktion für einen „guten“ Kolonialismus besaß, als medizinische Übel wirksam zu bekämpfen half.

Es ist bekannt, daß die Ausbildung eines Arztes im Vergleich mit der Ausbildung eines Rural Medical Aide bzw. eines Medical Assistants 25- bzw. 16mal teurer ist. Dies war auch eine der Hauptursachen, warum diese Berufsgruppen während der Kolonialzeit zur Deckung des Personalmangels eingeführt wurden.

Doch der 'Makel', nur 'second-class-doctor' zu sein, führte nach der Unabhängigkeit dazu, daß die entsprechenden Ausbildungsgänge wenig Beachtung fanden, wenngleich man sie in Tansania auch nicht abschaffte. Es wurde zunächst die Ausbildung voll-qualifizierter Ärzte als vordringlich angesehen. Bald jedoch wurde offensichtlich, daß diese Tendenz bei der Beschränktheit der zur Verfügung stehenden Budgets ökonomischen Überlegungen nicht standzuhalten vermochte. Zur Sicherstellung einer akzeptablen Basisversorgung aller Einwohner trat die Notwendigkeit in den Vordergrund, viele hinreichend ausgebildete Gesundheitsarbeiter anstelle weniger hochqualifizierter Ärzte, deren Tätigkeit sich in der Hebung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung nicht niederschlägt, zur Verfügung zu haben. Hinzu kam, daß die Anforderungen der Basisgesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten ganz andere Ausbildungsinhalte und Kenntnisse voraussetzen, als sie im medizinischen Universitätsstudium vermittelt werden.

Aus diesen Gründen legte Tansania seit 1971 verstärktes Gewicht auf die Ausbildung anderer Kategorien von Gesundheitsarbeitern: Rural Medical Aides (RMA), Medical Assistants (MA) und Assistant Medical Officers (AMO), die spezielle medizinische und organisatorische Kenntnisse für die Anforderungen der Arbeit in den Dispensaries und Rural Health Centers vermittelt bekommen, wobei es jedem Gesundheitsarbeiter, gleich welcher bisherigen Qualifikation, möglich ist, sich über ein Stufenprogramm bestimmter Prüfungen bis zum Arzt ausbilden lassen zu können. Ein Abitur - wie hierzulande - ist jedenfalls nicht erforderlich, sondern ausschließlich die medizinische Qualifizierung. Für 1980 wurde ein Verhältnis von Arzt: MA/AMO:RMA wie 1:2:4 anvisiert. (1961 betrug dieses Verhältnis noch 1:0,5:1).

Auf diese Weise wurde eine qualitative Breitenwirkung der medizinischen Versorgung ländlicher Gebiete erzielt, die mit dem kolonialen Modell der Gesundheitsversorgung durch Ärzte nicht möglich gewesen wäre.

Ebenfalls bemühte sich Tansania um die koordinierte Einbeziehung der Missionsmedizin in die nationale Gesundheitsplanung. Mit Unterstützung fortschrittlicher Kräfte innerhalb der Kirchen wird angestrebt, daß nicht mehr - wie in der Vergangenheit - Bekehrung, sondern Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Hauptaufgabe der Missionsmedizin ist und die Planungs- und Überwachungsfunktionen in den Händen des Staates bleiben. 64

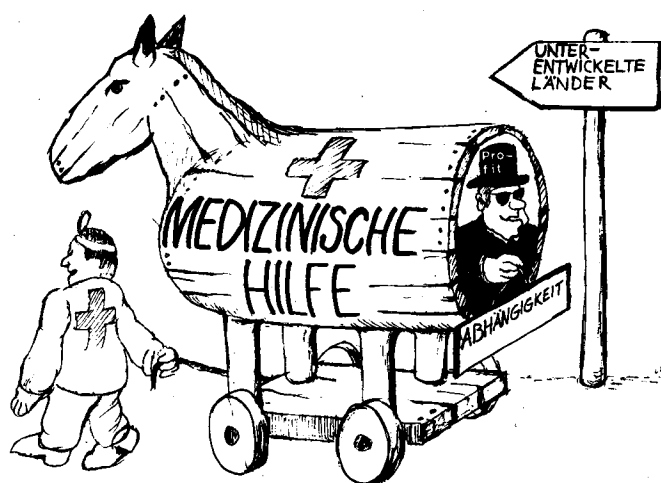
Die verstärkte Aufmerksamkeit, die heute mit Förderung der tansanischen Regierung und der WHO gerade der traditionellen afrikanischen Medizin zuteil wird, um sie langfristig in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu integrieren, gehört ebenfalls zu den richtungsweisenden

Experimenten der tansanischen Gesundheitspolitik. Man muß anerkennen, daß die Basisversorgung der Bevölkerung in Tansania wesentlich besser ist als in dem relativ reichen Nachbarland Kenya (und auch besser als in vielen anderen afrikanischen Staaten).

Das trojanische Pferd: „westliche“ Medizin heute

Das Erbe der Kolonialisten bestand in einem völlig fehlentwickelten und falsch orientiertem Gesundheitssystem, mit 4 Arten der Gesundheitsversorgung:

- „1. das staatliche Gesundheitssystem, hierarchisch ... (auf allen Ebenen, d.V.) organisiert, wobei die Hauptmasse der Gelder als auch personellen und materiellen Möglichkeiten in die kurative Krankenhausmedizin investiert wurden, lokalisiert in der Hauptstadt, bzw. den größeren Produktions- und Handelsstädten.



2. das Gesundheitssystem der freiwilligen Hilfsorganisationen (volunteer agencies), die meisten von ihnen Missionen, die eine medizinische Versorgung in Dispensaries und Hospitälern anboten, wieder mit einer größeren Betonung der kurativen Medizin - oft in abgelegenen ländlichen Distrikten, ohne Koordination mit jedem anderen oder mit der Regierung, obwohl sie z.T. von Regierungsgeldern unterstützt wurden.
3. ein arbeitsmedizinisches System. Von einigen Sisal-Farmern, Minen-Besitzern oder Fabrikanten wurden Ärzte und Dispensaries für 1. Hilfe-Notfälle eingestellt, die auch frische Rekruten medizinisch auf ihre Eignung überprüfen sollten, und
4. der privatmedizinische Sektor, besonders konzentriert in den Städten und nur einer bestimmten afrikanischen Bevölkerungsfraction (der Klein-Bourgeoisie) zugänglich." 65

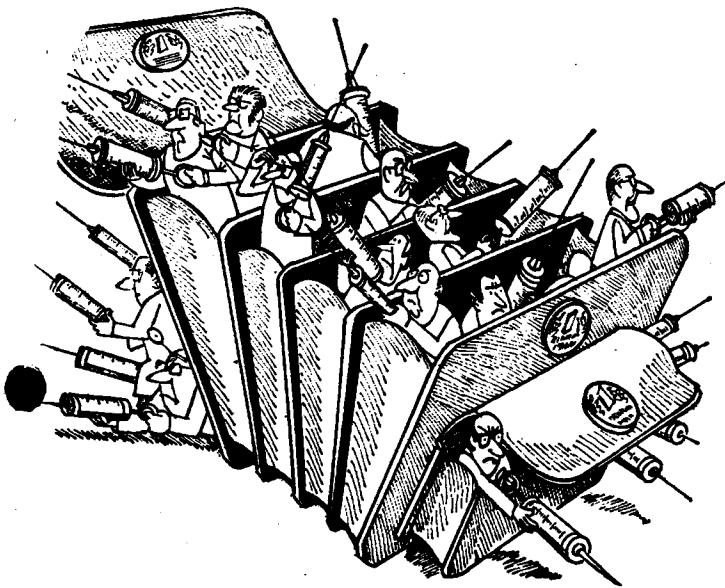
Diese Strukturen blieben nach der Unabhängigkeit völlig unverändert. So kam es, daß selbst Anfang der 70er Jahre die Hauptstadt (350 000 E.) noch ca. 90 Tsh (= 30,- DM), Tanga Distrikt mit der zweitgrößten Stadt (70 000 E.) 35 Tsh (ca. 12,- DM), Arusha- und Mwanza-Distrikt (mit Städten kleiner als 35 000 E.) nur mehr 26 Tsh. (ca. 9,- DM) und 22 Tsh (ca. 7,- DM) pro Kopf und Gesundheit ausgeben konnten 66 und in einigen Gebieten die Ausgaben bis auf nur 2 Tsh. (ca. 0,60 DM) sanken 67, womit vermutlich gerade noch die Kosten für ein Trostpflaster beglichen werden konnten.

Ein wahres Danaer-Geschenk stellen die zwei großen Krankenhäuser (Consultant-Hospitals) im Norden Tansania's dar, die zu allem Überfluß auch noch recht nahe beisammen liegen: Bugando Hill in Mwanza und das Kilimandjaro Christian Medical Center (KCMC) in Moshi. Sie wurden von der evangelischen, bzw. katholischen Kirche im Stil gegenseitiger Konkurrenz mit Unterstützung durch die westdeutsche, bzw. niederländische Regierung finanziert und entsprechen in Ausstattung und Organisation einem westeuropäischen Klinikum. Damit die Gelder auch „humanitär“ aussehen, wählten die Regierungen über jeden Verdacht erhabene Organisationen.

Insgesamt versorgen das Muhibili-Hospital (seit 1971 selbständige Universität), Bugando Hill und KCMC (sogar mit einem fliegenden Arzt-Service ausgestattet) nicht mehr als 5-6% der Bevölkerung, noch dazu ausschließlich städtische. Nachdem beide Krankenhäuser mit ca. 35-40 Millionen DM von der BRD und Holland finanziert wurden, hat Tansania jetzt für die laufenden Kosten dieser Hospitäler aufzukommen, die mehr als 50% ⁶⁸ (manche schätzen sogar 70% ⁶⁹) des gesamten Haushalts für Gesundheit verschlingen.

Dies und die medizinische Überentwicklung der Städte hatte zur Folge, daß die Planziele, z.B. der Aufbau von ländlichen Gesundheitszentren (rural health centers) - zwar als wichtigstes Ziel in jedem Fünfjahresplan proklamiert, aus Geldmangel aber nicht verwirklicht werden konnten.

Von den geplanten 80 RHC's des 1. Fünfjahresplanes wurden nach 5 Jahren nur 5 vollendet, während sich 20 noch im Bau befanden. ⁷⁰ Nach 2 Jahren des 2. Fünfjahresplanes (69/70 - 74/75) waren von 20 geplanten RHC's nur 7 fertiggestellt worden. ⁷¹



Wie an Tabelle 3 über die laufenden Ausgaben für Gesundheit (in Mill. Tsh.) ersichtlich ist, kommt es zusätzlich zur Ressourcenfehlverteilung zugunsten der kurativen Medizin auch noch zu Verschiebungen während der laufenden Haushalte auf Kosten der finanziellen Mittel für Präventiv-Medizin. Positiv ist der besondere Anstieg für Ausbildungskosten, der dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal zugute kommt. Dennoch ist trotz der einschneidenden Veränderungen im Gesundheitsministerium 1971 und 1972 der Anteil des kurativen Sektors im Haushaltsplan 75/76 überproportional groß, wobei anzunehmen ist, daß hier der folgenschwere Circulus vitiosus der Kurativmedizin mit der steten technischen Wartung und Erneuerung errichteten Krankenhäuser seinen Preis fordert. ⁷²

Tab. 3: Laufende Ausgaben für Gesundheit (in Mill. Tsh.)

Ausgaben für	1970/71 verab- schiedet	tatsächl.	1975/76 verab- schiedet	tatsächl.
Administr./ Allgemein	4,0	5,0	2,4(2%)	—
Kurative Versorgung	93,4	111,8	91,5(72%)	—
Prev. Med.	9,9	6,8	6,0(5%)	—
RHC's	7,4	5,9	-----1	—
Med.Training	4,8	3,2	22,3(17%)	—

Quellen: Segall, a.a.O., S. 161/Rede des Gesundheitsministers Juni 1975, S. 6

Staaten mit einer radikaleren Gesundheitspolitik wie Vietnam, Kuba oder die VR China bewirkten innerhalb weniger Jahre eine Veränderung der medizinischen Versorgung im Sinne besserer Versorgung der Landbevölkerung. Beispielsweise bildete die Demokratische Republik Vietnam bis 1964 innerhalb von 10 Jahren 35 000 Gesundheitsarbeiter aus. (Bevölkerungszahl: 18 - 19 Millionen). Tansania besaß nach der gleichen Zeitspanne nach seiner Unabhängigkeit nur 323 Gesundheitsarbeiter. (Bevölkerungszahl: 12-13 Millionen). ⁷³

Über Massenkampagnen wurde in der VR China z.B. erreicht, daß 1974 etwa 2/3 des bisherigen Verbreitungsgebiets frei von Neuerkrankungen an Bilharziose (Schistosomiasis) war, der Rest unter fester Kontrolle ist. ⁷⁴ In Tansania ist dies - obwohl die tansanische nur 1/50 der chinesischen Bevölkerung ausmacht - noch nicht gelungen.

Zum Teil läßt sich dies damit erklären, daß die Orientierung und Erziehung an „westlichen“ medizinischen Standards, die es einzuholen gelte, noch nicht aufgehoben ist. Der tansanische Gesundheitsminister sah sich daher 1975 veranlaßt, folgende, unter den Gesundheitsarbeitern verbreitete Ansicht öffentlich als falsch anzuprangern und zu kritisieren:

„Wir stimmen mit der Gesundheitspolitik des Ministeriums überein, besonderes Gewicht auf die medizinische Basisversorgung zu legen, aber wir benötigen alle technischen Möglichkeiten . . . womit Organtransplantationen durchführbar werden.“ ⁷⁵

Internationale Reputation und Nobelpreise gibt es nur auf dem Gebiet der naturwissenschaftlichen Medizin, nicht etwa für präventivmedizinische Vorschläge. Die Ausbildung wurde bisher im wesentlichen auch von Ausländern getragen, die ihre „westlichen“ Curricula durchsetzten.

Die BRD trägt augenblicklich in besonders schwerwiegender Weise dazu bei, der „westlichen“ Medizin zum Durchbruch zu verhelfen. Tansania zählt zu einem Schwerpunktland bundesdeutscher Entwicklungshilfe ⁷⁶ und im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern arbeiten in Tansania ausgesprochen viele deutsche Entwicklungshelfer (100). Das Land Hessen schenkte 1973 dem Muhibili-Hospital eine Intensiv-Pflege-Station ⁷⁷, die nach Auskunft eines dort tätigen deutschen Arztes im Sommer 1976 glücklicherweise noch unausgepackt in den Kellern ruhte. Die BRD hat gegenüber Tansania Zusagen gemacht, alle Regional-Krankenhäuser mit Labors und dazugehörigen Werkstätten auszustatten. ⁷⁸ Mit schweizer und deutscher Entwicklungshilfe wurde für 11 Mill. Tsh. (ca. 3,6 Millionen DM) das Pathologische Zentrallabor verwirklicht und ausgerüstet. ⁷⁹ Von den Japanern wurden wiederum Elektronenmikroskope geschenkt.

Mit dem Blick „westlicher“ und klinischer Medizin mögen solche Geschenke in ihrer Tragweite gar nicht auffallen. Aus

Tansania's Perspektive sind dies alles Geschenke, die auf raffinierte Weise die Abhängigkeit von der technizistischen und sündteuren „westlichen“ Medizin verstärken und verewigen.

Die Bedürfnisse der Bevölkerung liegen in der Aufhebung von Fehl- und Mangelernährung, in der Senkung der Kindersterblichkeit, in der Möglichkeit, genügend Arbeit zu finden und arbeitsfähig genug zu sein, sich selbst, die Familie und den Staat „self-reliant“ unterstützen zu können. Sie liegen auch in einer sozialistischen Gesellschaftsordnung, die allen tansanischen Bauern und Arbeitern gleiche Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitseinrichtungen erlaubt.

Eine Orientierung an westlichen technischen Errungenschaften und medizinischen Standards entspricht dem fatalen Fortwirken evolutionistischer Konzeptionen des 19. Jahrhunderts, wonach den unterentwickelten Ländern „technisch“ nur „geholfen“ werden müsse, um sie auf die Stufe der „entwickelten“ Länder zu heben. Alle ökonomischen Daten sprechen gegen diese Entwicklungsmöglichkeit, und dies ist auch eine politische Chance.

Technische Hilfe und „westliche“ Medizin in Tablettenform wie als Krankenhauspalast verhindert in solchen Ländern eine Entwicklung aus eigener Kraft und läuft den erklärten Zielen des sozialistischen Aufbaus zuwider. „Westliche“ Medizin dient zusätzlich den Europäern als ideologische Verschleiерung der ökonomischen Ausbeutung; man macht hierzulande glauben, man würde helfen, und bekommt dafür ein Lächeln auf den neuesten Plakaten von „Brot für die Welt“.

Es ist eine Aufgabe der europäischen Linken, in Solidarität mit den Befreiungsbestrebungen dieser Länder gegenüber dem Neo- und Kolonialismus, Zusammenhänge zu analysieren und die vergleichsweise guten Möglichkeiten für wissenschaftliche Arbeit zu nutzen, um vor der Gefährlichkeit trojanischer Pferde - und seien sie noch so harmlos aussehend wie zum Beispiel die „westliche“ Medizin - zu warnen.

Das Knacken trojanischer Pferde bleibt Aufgabe der Länder der Dritten Welt. Bekanntlich diente das trojanische Pferd den Danaern zur Eroberung Trojas.

Segall fragt zu Recht: „Welche Interessen hat die westdeutsche und schweizerische Regierung? Warum erhöht das britische Ministerium für überseeische Entwicklung die Gehälter für britische Ärzte, ebenso der U.S. Milbank Fund für amerikanische und andere? Warum hat die Rockefeller Foundation so ein starkes Interesse am Gesundheitswesen in Entwicklungsländern?“ 80

ANMERKUNGEN

- 1 Matomora, Matomora: Die tansanische Gesundheitspolitik und die politische Grundlage der medizinischen Versorgung, in: „Medizinische Versorgung in der Dritten Welt und Ausländerstudium in der Bundesrepublik“, ew-Entwicklungsländer, Vol. 15, Nr. 1-2, 1976 (Hrsg. World University Service, Bonn) S. 31
- 2 Selbst so altbewährte Mittel wie Aspirin sind nicht ungefährlich. „So wurde vor kurzem der Verdacht geäußert, daß Aspirin in seinem Metabolismus das hochtoxische und krebserzeugende Nitrosamin bilden kann.“ Friedrich, Volker - Hehn, Adam - Rosenbrock, Rolf Neunmalteurer als Gold, Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik, Hamburg, 1977, S. 240
- 3 Übersetzung der Studie von M. Müller: „The Baby Killer“ (War on Want, 467 Caledonian Road, London N7 9BE).

Die Arbeitsgruppe Dritte Welt Bern ist eine Untergruppe der „Schweizer Arbeitsgruppen für Entwicklungspolitik“ (Safep) und veröffentlichte die Dokumentation: Exportinteressen gegen Muttermilch, Der tödliche Fortschritt durch Babynahrung, Hamburg, November 1976
- 4 „66% aller Haushalte in der Hauptstadt Malawis haben überhaupt keine Waschgelegenheit, 60% haben keine gedeckte Küche“, aus Exportinteressen. . . ., a.a.O., S. 22
- 5 Plank and Milanesi, „Infant Feeding and Infant Mortality in rural Chile“ Bull.Wld.Hlth.Org. 48 (1973) 203

- 6 Exportinteressen, a.a.O., S. 101

7 nach einer persönlichen Mitteilung von G.J. Ebrahim im July 1976. Der tansanische Gesundheitshaushalt betrug 1969-97 Mill. Tsh. (entspricht ca. 32 Mill. DM)

- 8 Exportinteressen . . . , a.a.O., S. 23 „Es ist schwierig, genaue Angaben über Gehälter und Kosten der Nahrung zu erhalten. Hier sind sie zum Vergleich in US-Dollars angeführt. Dabei wird vorausgesetzt, daß die künstlich verarbeitete Vollmilch den täglichen Nahrungsbedarf eines Kleinkindes deckt“.

- 9 Süddeutsche Zeitung, 20.10.76, Entwicklungsländer als „Versuchskaninchen“.

Vgl. a. The Haslemere Group (ed.): Who Needs the Drug Companies, (467 Caledonian Road, London N7), 1976, p. 16

- 10 Die UN-Vollversammlung stellte 1971 die Liste der 25 LLDC auf, die am 12. 12. 75 auf 28 Länder erweitert wurde. Kriterien für die Zuordnung zu dieser Gruppe sind: 1) ein Brutto-Inland-Produkt (BIP) von weniger als 100 US-Dollar pro Kopf, 2) ein BIP-Anteil der industriellen Produktion unter 10% und 3) eine Alphabetisierungsquote von weniger als 20% der Bevölkerung über 15 Jahren.

- 11 Wizaru ya Afya, Hotuba ya Ndugu Ali Mwinyi, Waziri wa Afya katika Bunge - Juni, 1975
Speech by the Minister for Health Ndugu A.H. Mwinyi, MP for the Financial Year 1975/76, S. 6

- 12 Partnerschaftsprojekt Tansania, Deutsche Welthungerhilfe 2. Aufl., Bonn 1974, S. 15

- 13 The Arusha Declaration, 5. Februar 1967, in: Julius K. Nyerere, Ujamaa: Essays on Socialism, Dar es Salaam 1968, S. 13 ff.

Die Arusha-Deklaration bedeutete eine sozialistische Willenserklärung: Abschaffung der Ausbeutung, die größeren Produktions- und Tauschmittel unter die Kontrolle der Arbeiter und Bauern, die Existenz der Demokratie, und der Glaube an den Sozialismus.

„Ein Staat ist nicht einfach deswegen sozialistisch, weil die Produktions- und Tauschmittel entweder gänzlich oder zum größten Teil im Besitz oder unter der Kontrolle der Regierung sind. Damit ein Land sozialistisch sein kann, ist es notwendig, daß seine Regierung von den Bauern und Arbeitern selbst gewählt und geführt wird.“ S. 16, 17 a.a.O.

- 14 Segall, Malcolm, The Politics of Health in Tanzania in: Towards Socialist Planning, Tanzanian Studies No. 1, Dar es Salaam 1972, p. 149 ff.

- 15 An dieser Stelle möchten wir allen Tansaniern, die uns in ihrem Land so freundschaftlich aufnehmen und behilflich waren, herzlichst danken. Besonderer Dank auch Dr. Mose und Dr. Mtey.

- 16 Tagesspiegel 9. 9. 1976 „WHO-Konferenz über Heilkunst“. (WHO-Regional Committee for Africa, Technical Discussions at its 26th Session: „Traditional medicine and its role in the development of health services in Africa.“)
Eine Untersuchung in 40 Entwicklungsländern ergab, daß durch das bestehende öffentliche Gesundheitswesen nicht mehr als 20% der Gesamtbevölkerung erreicht werden. S.J.A. McGilvray: Motivation for Community Participation in Health Care Delivery, in: H.J. Diesfeld und E. Kröger (Hg.) Community Health and Health Motivation in South East Asia, Wiesbaden 1974, S. 6

- 17 Varkeyisser, C.: Iets over moeilikheden bij het introduceren van moderne gezondheidszorg; Sukuma concepten betreffende ziekte en dood. Mimeographed, Amsterdam 1973 nach Schulpen; T.W.J. Integration of Church and Government Medical Services in Tanzania, Effects District Level, Nairobi 1976, p. 38

- 18 Schulpen, T.W.J.: Integration of Church and Government Medical Services in Tanzania, Effects at District Level, Nairobi 1976, S. 38

- 19 Abrahams, R.G.: African Concepts of Health and Disease in: One Day Symposium on Attitudes To Health and Disease Amongst Some East African Tribes, Makerere Institut of Social Research, Kampala 1959, p. 4

- 20 Ein Dispensary ist eine ambulante Versorgungseinrichtung auf unterster Ebene, wobei hauptsächlich kurative Basismedizin betrieben wird, die in Impfungen und Medikamentenverteilung besteht. Im Augenblick existieren 1200 staatliche und 300 kirchliche Dispensaries.

- 21 Abrahams, R.G. . . . , a.a.O., p. 4

- 22 persönliche Mitteilung von Dr. U. Sanftleben, Dar es Salaam, im April 1976

- 23 Dem amerikanischen Physiologen W.B. Cannon ist zu verdanken, daß der Vagus-Tod und der sog. Voodoo-Tod als identisches selbst-regulatorisches Phänomen zu bezeichnen sind.

Von Antilopen, die sich in den Netzen der Tierfänger verstricken, weiß man, daß sie den Vagus-Tod erleiden können, woher auch der Name „Verstrickungs“-Tod stammt. Dabei wird die reale Seil-Verstrickung der metaphorischen Schuld-Verstrickung analog gesetzt.
Bilz, R. Studien über Angst und Schmerz, Frankfurt/Main 1974, S. 194
- 24 Gish, O.: Planning The Health Sectors, The Tanzanian Experience, London, 1975, p. 187
- 25 Uvulektomie: Beschneidung des oralen Zäpfchens, wobei man sich nicht über die Bedeutung im klaren ist. Ein Zusammenhang zwischen Uvulektomie und fehlender Infektionsbereitschaft im Rachenraum wird vermutet.
- 26 vgl. Weisz, J.R.: East African Medical Attitudes, in: Soc. Sci.&Med. 1972, Vol. 6, pp. 323 - 333
- 27 Clyde, D.F.: History of the Medical Services of Tanganyika, Dar es Salaam 1962, p. 13
- 28 Turshen, M.: The Impact of Colonialism On Health and Health Services in Tanzania, Institute for Policy Studies, Washington 1976, unveröff. Manuskript, S. 10, zit. nach Maji Maji Research Project. Collected Papers Research Project No. 6/68/3/1, University College, Dar es Salaam, 1968.
- 29 nützlich im Sinne des „westlichen“ Heilens mit dem Ziel der Wiederherstellung der alten Gesundheit
- 30 Viktor von Weizsäcker zählt zu den wenigen Europäern, der diesen Ansatz in der Psychosomatik als Antipode zu Freud verfolgt hat. (siehe z.B. Studien zur Pathogenese, Wiesbaden, 1946)
- 31 Unter der Annahme, daß der kollektive Konsensus hinsichtlich des jeweiligen Heilsystems und seiner Repräsentanten gesellschaftsspezifisch ist, wäre ein Vergleich der verschiedenen Heilsysteme und der Verursachungskonzepte in Abhängigkeit von der vorherrschenden Produktionsweise besonders wichtig.
- 32 Turshen, M.: a.a.O., S. 106
s.a. Seidlitz, Peter: Die Spuren deutscher Herrschaft in Ostafrika, Noch ist Kaiser Wilhelm gegenwärtig, in: Süddeutsche Zeitung, 3. 1. 1977
- 33 Beck, A.: History of the British Medical Administration of East Africa 1900-1950, Cambridge (Mass.) 1970, S. 182
- 34 Speech by the Minister . . . , 1975/76, S. 23. vgl. Health Care in Rural Areas (African Region), in: WHO-Chronicle 30 (1976) 11-17
- 35 Schulpen, a.a.O., S. 40 und S. 45
- 36 Schulpen, a.a.O., S. 94
- 37 Ende 1977 wird ein Artikel in diesem Zusammenhang über Psychiatrie und Neokolonialismus an ausgewählten Beispielen Afrikas von Ludger Hermanns in der Zeitschrift Ethnomedizin, Bd. IV, erscheinen.
- 38 Schulpen, a.a.O., S. 42
- 39 Schulpen, a.a.O., S. 45
- 40 Schulpen, a.a.O., S. 41
- 41 Beck, A.: History of the British . . . , a.a.O., S. 200
- 42 Beck, A.: a.a.O., S. 71
- 43 Beck, A.: a.a.O., S. 77
- 44 Beck, A.: a.a.O., S. 107
- 45 Suret-Canale, J.: Schwarzafrika, Geographie, Bevölkerung, Geschichte West- und Zentralafrikas, Vol. II, Berlin/DDR 1966, S. 501
vgl. a. Leeson, J.: Social Science and Health Policy in Preindustrial Society, in: Int. J. Hlth. Serv. 4 (1974), S. 431
- 46 Turshen, M.: a.a.O., S. 17
- 47 Speech by the Minister for Health Ndugu A.H. Mwinyi, MP for the Financial Year 1975/76, S. 27
- 48 Gish, O.: Res.All . . . a.a.O., S. 401
- 49 Gish, O.: Res.All . . . a.a.O., S. 401
- 50 Gish, O.: Res.All . . . a.a.O., S. 401
- 51 Gish, O.: Res.All . . . a.a.O., S. 401
- 52 Dietzfelbinger, H.: Medizinische Probleme in einem Entwicklungsland am Beispiel von Tansania, in: Med. Klin. 70 (1975), S. 1932
- 53 World Health Organisation. Technical Report Series No. 537, p. 62, 1974
- 54 Gish, O.: Planning . . . a.a.O., S. 11
- 55 Kilama, W.L., Nhonoli, A.M. and Makene, W.J., Health Care Delivery in Tanzania, in: Towards Ujamaa - twenty years of tanu leadership, (ed.) Ruhumbika, G., Dar es Salaam 1974, S. 191
- 56 So soll sich die Zahl von zur Zeit etwa 20 Millionen Leprakranken in der ganzen Welt nach Schätzungen von Experten bis zum Jahre 2000 „trotz verbesserter Heilungs- und Vorbeugungsmöglichkeiten auf 40 Millionen verdoppeln. Diese Entwicklung werde begünstigt durch die andauernde und sich verschärfende Armut der Dritten Welt.“ FAZ, 27. 4. 77, Nr. 97, S. 27
- 57 Schlemmer, J.: Haben wir die richtige Medizin?, in: Der praktische Arzt, 2-77, S. 197
vgl. auch: Keil, U.: Zur Problematik der Krankheitsfrüherkennung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Med. Klin. 70 (1975), 1529-1534
- 58 Gish, O.: Planning . . . a.a.O., S. 11
- 59 Scrimshaw, N.S.: Myths and Realities in international Health Planning, in: Am.J.Publ.Hlth. 64, II (1974) 792-798
Scrimshaw, N.S. et al.: Nutrition and Infection Field Study in Guatemalan Villages 1959-1964, I-IX., in: Arch. Environ. Hlth. 14 (1967) 657-662, 14 (1967) 787-804, 15 (1967) 6-12, 15 (1967) 439-449, 16 (1968) 223-234, 16 (1968) 424-437, 17 (1968) 107-118, 17 (1968) 814-827, 18 (1969) 51-62
- 60 Kilama, W.L., Nhonoli, A.M., Makene, W.J.: a.a.O., S. 194
- 61 Rodney, W.: a.a.O., S. 178
- 62 Turshen, M.: a.a.O., S. 7
- 63 Statistical Abstract 1966, Dar es Salaam 1968, S. 166
- 64 vgl. z.B. O. Akerele, I. Tabibzadeh und J. McGilvray: A new role for medical missionaries in Africa, in: WHO-Chronicle 30 (1976) 175-180
- 65 Turshen, M.: a.a.O., S. 5/6
- 66 Gish, O.: Res.All . . . a.a.O., S. 404
- 67 Chagula, W.K. & Tarimo, E.: Meeting Basic Health Needs in Tanzania, in: Health by the People, ed. by Kenneth W. Newell, World Health Organisation, Geneva 1975, S. 150

In einem Fünftel der 60 tansanischen Distrikte wurden immerhin weniger als 5 Tsh. (weniger als 2,- DM) pro Kopf für Gesundheit im Jahr ausgegeben.
- 68 Gish, O.: Res.All., a.a.O., S. 410
- 69 Dietzfelbinger, H.: a.a.O., S. 1935
- 70 Segall, M.: a.a.O., S. 155
- 71 Segall, M.: a.a.O., S. 155
- 72 Die Ausmaße dieses Circulus vitiosus lassen sich auch daran erkennen, daß 3/4 des Budgets für Gesundheit aus ausländischen Quellen stammt (1973/74).
vgl. auch Gish, O.: Planning . . . a.a.O., S. 193
- 73 Segall, M.: a.a.O., S. 165
- 74 Meier-Brock, Tropenmed. Inst. Tübingen; ref. PID 12/1976, Nr. 5, in: Med.Klin. 72 (1977), Nr. 11 (Bilhaziose in VR China)
- 75 Speech by the Minister . . . a.a.O., S. 59
- 76 Entwicklungspolitk, Materialien Nr. 55, Bonn Juli 1976, S. 98
- 77 Budget Speech by the Minister for Health Hon.A.H.Mwinyi for the year 1973/74, S. 28
- 78 Speech by the Minister . . . a.a.O. 1975, S. 56
- 79 Segall, M.: a.a.O., S. 165 und Gish, O.: Planning . . . a.a.O., S. 197
- 80 Segall, M.: a.a.O., S. 158



Sozio-ökonomische Bedingungen für Krankheit in der Dritten Welt: Rhodesien und sein Gesundheitswesen

D. M. Sanders

Auch in der Geschichte der heutigen Industrieländer gab es Zeiten, in denen die Bevölkerung einen schlechten Gesundheitsstand hatte. Es läßt sich nachweisen, daß nicht moderne pharmazeutische Mittel und medizinische Technik ausschlaggebend waren für eine Verbesserung, sondern sozio-ökonomische Faktoren. „Die Sterblichkeit durch Ansteckungskrankheiten nahm in England in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts allmählich ab, noch bevor es überhaupt ein wirksames Gesundheitssystem gab. Diese Verringerung der Todesfälle war hauptsächlich den verbesserten Bedingungen in Hygiene und Ernährung zu verdanken. Bis ins 20. Jahrhundert hinein wurde diese Entwicklung von einer rapiden Abnahme der Kindersterblichkeit begleitet. Zwar gab es zu dieser Zeit schon Fürsorge für Mutter und Kind und andere Sozialeinrichtungen, doch ausschlaggebend waren auch hier die verbesserten Lebensbedingungen.

Die allgemeine Entwicklung war schon weit fortgeschritten, noch bevor 1925 spezifisch „medizinische“ Maßnahmen für die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten wirksam zu werden begannen (außer der Pockenimpfung, die schon früher eingeführt worden war). Die Besserung trat jedenfalls vor der Erfindung moderner antibakterieller Arzneimittel ein, von denen die Sulfonamide als erste im Jahr 1935 erschienen. Die Tuberkulosesterblichkeit hatte schon vor 1944 stark abgenommen; erst dann wurde der erste Gegenwirkstoff Streptomycin erfunden.“

(1)

Der Großteil der Krankheitsstruktur in Entwicklungsländern heute beruht nicht auf den sogenannten „Tropenkrankheiten“, sondern auf der Armut. Die Bevölkerung in Entwicklungsländern leidet deshalb zum größten Teil unter ähnlichen Krankheitsproblemen wie die arbeitende Bevölkerung Europas im 19. Jahrhundert.

Hier soll nicht die Meinung vertreten werden, daß die Entwicklungsländer diesen langsamen Prozeß der Verbesserung heute wiederholen sollten, der bei sozio-ökonomischem Fortschritt auch automatisch oder halbautomatisch zu einer besseren Gesundheitslage führt. Es heißt auch nicht, daß die Entwicklungsländer die Vorteile der modernen medizinischen Wissenschaft nicht nutzen sollten. Dies bedeutet ganz gewiß auch nicht, daß sie versuchen sollten, die politischen, wirtschaftlichen und sozialen Strategien der Länder anzunehmen, die sich als erste industrialisiert haben. Hier soll vor allem die Tatsache unterstrichen werden, daß es mächtige soziale Faktoren sind, die die Schaffung von Gesundheit beeinflussen, und die oft ganz außerhalb des Gesundheitswesens liegen.

Die Krankheitsstruktur in Entwicklungsländern

Die am häufigsten auftretenden Krankheiten lassen sich in zwei Hauptgruppen einteilen: Erkrankungen aufgrund von Unterernährung und Ansteckungskrankheiten (Infektionen). Meist ist eine Wechselwirkung von Unterernährung und Infektion Anlaß für eine Erkrankung (s.u.), die Komponenten können aber auch getrennt vorkommen. Diese Hauptgruppen können insgesamt 80 % und mehr aller Erkrankungen ausmachen.

Am schwersten betroffen sind Säuglinge und Kleinkinder. Ein Drittel der Lebendgeburtsterben vor dem 5. Lebensjahr. Obwohl Kinder unter 5 Jahren in einem Land oft nur 20 % der Bevölkerung ausmachen, stellen sie bis zu 50 % der nationalen Sterberate. In Entwicklungsländern sterben 40mal mehr Kinder im Alter zwischen 1-4 Jahren als in Industrieländern.

Mangelernährungs- und Ansteckungskrankheiten verursachen bei Erwachsenen chronische Leiden und Schwäche. Sie befallen vor allem Frauen im Gebäralter und erhöhen noch die Risiken, die mit Schwangerschaft, Geburt und Bruststillen ohnehin verbunden sind.

Diese Krankheitsprobleme entspringen Erscheinungen, wie sie in der Dritten Welt sehr verbreitet sind:

Mangel an Nahrungsmitteln, schlechter Hygiene, schlechter Wasserversorgung und -entsorgung, unzureichender Wohnung, unzureichender Erziehung und Krankheitsvorbeugung – kurz: den Bedingungen der Unterentwicklung.

ANZEIGE

Zu den Unruhen in Soweto erscheint jetzt:

Reinhard Brückner

Südafrikas schwarze Zukunft

Die Jugendunruhen seit 1976 – Ihre Ursachen und Folgen

ca. 140 Seiten, 8 Bildseiten

DM 9,80

Über die Zukunft Südafrikas wird von der schwarzen Jugend entschieden werden. Sie kämpft heute um ihre Bildungsmöglichkeiten, sie strebt nach eigener Verantwortung. Schwarze, Farbige und Inder setzen auf einen Machtwechsel zugunsten der Mehrheit. Die Jugend lehnt deshalb Afrikaans als eine provinzielle Sprache und als die Sprache der Weißen ab. Das volle Ausmaß ihrer Benachteiligung wird gerade der Jugend immer stärker bewußt. Auf eine Übernahme technischer, wirtschaftlicher und politischer Macht ist sie nur unzureichend vorbereitet, und es gibt wenig Zeichen für die Bereitschaft der südafrikanischen Regierung, das Bildungsdefizit aufzuarbeiten. Im Mittelpunkt stehen die Schülerunruhen in und seit Soweto 1976. Der Band soll die bisherige Literatur ergänzen und korrigieren, vor allem aber zu der Hoffnung auf eine menschlichere und gerechtere Zukunft für die Schwarzen ermutigen.



Verlag Otto Lembeck
Leerbachstraße 42
6000 Frankfurt/Main 1

Demographische Faktoren und Gesundheit

Leben in einem Haushalt eine große Zahl von Familienmitgliedern mit geringem Einkommen in einer unhygienischen Umgebung, so sind das Bedingungen, in denen sich Ansteckungskrankheiten leicht ausbreiten. Die Folge ist eine hohe Anzahl von Erkrankungen und Todesfällen, vor allem bei Kindern.

Bei hoher Kindersterblichkeit hinwiederum sind die Familien veranlaßt, viele Kinder zu haben, um sich überlebender Nachkommenschaft zu versichern.

Tabelle: Vorteile einer großen Familie

Befragung von 74 „Field Educators“ der rhodesischen Gesellschaft für Familienplanung (FPAR 1972) (2)

	Häufigkeit der Antwort	%
Gründe anderer Personen für eine große Familie, die von den Befragten wiedergegeben wurden		
Altersversicherung	40	54,0
Hilfe bei der Arbeit	33	44,6
Status-großer Kraal, großer Name, bedeutet wohlhabend	20	27,0
gegenseitige Hilfe innerhalb der Familie — materielle Hilfe	16	21,6
Furcht vor Kindersterblichkeit	15	20,3
afrikanische Sitte u. Tradition (Ehemann achtet eine Frau mit vielen Kindern; Brautpreis, der f. Frau gezahlt wurde)	12	16,2
Wahrscheinlichkeitsrechnung — bei vielen Kindern wird vielleicht eines den Eltern helfen	11	14,9
Brautpreis, der f. Töchter eingenommen wird	10	13,2
Verteidigung in Stammeskriegen, örtliche Fehden	8	10,8
politische Gründe	3	4,0
religiöse Gründe	3	4,0
Begräbnis — große Familie oder viele Enkel werden f. ein gutes Begräbnis sorgen	2	2,7
Kinder von beiden Geschlechtern erwünscht	1	1,4

Dieser Kreislauf von hohen Geburtenraten aufgrund von hoher Kindersterblichkeit ist schwer zu durchbrechen, auch wenn die Kindersterblichkeit sinkt. Die Geburtenrate folgt dann nur schleppend und nur in Teilbereichen (3).

Hohe Geburtenraten auf nationaler Ebene bedeuten für die einzelne Frau eine große Anzahl von Schwangerschaften, meist in rascher Folge. Aber nach der 3. Schwangerschaft erhöht sich das Geburtsrisiko stark. Die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Erstgebärenden und Mehrfachgebärenden sind dort am größten, wo die geburtenhilfliche Versorgung am geringsten ist — wie im ländlichen Rhodesien.

Eine bessere geburtenhilfliche Versorgung kann zwar die Müttersterblichkeit insgesamt verringern, für die Mütter mit zahlreichen Schwangerschaften bleibt die Lebensgefahr jedoch unvermindert bestehen.

Auch in den Familien wird der erhöhte Bevölkerungsdruck spürbar. Abtreibung ist oft der einzige Ausweg. Unter den gegebenen Umständen in Rhodesien sind die Gesundheitsrisiken dabei enorm.

Bei der Aufnahme von Erwachsenen in ein Zentralkrankenhaus ist der weitaus meistgenannte Grund eine Abtreibung. Es besteht wenig Zweifel darüber, daß sie in den meisten Fällen selbst eingeleitet wurde, sei es mechanisch oder mit Hilfe von Medikamenten. Auch in anderen Ländern wurde festgestellt, daß die Einrichtung der künstlichen Niere (Dialysestation) meist für Frauen benötigt wird, die an akutem Nierenversagen als Folge einer septischen Abtreibung leiden“ (4).

Bevölkerungszunahme hat also Auswirkungen auf die Gesundheit sowohl der Gemeinschaft insgesamt als auch im kleinen für die einzelne Familie. Z.B.

- kann Bevölkerungsdruck auf dem Land zu Überbeanspruchung und Auslaugung des Bodens und damit zu schlechter Ernährung für eine ganze Gemeinschaft führen
- macht es Bevölkerungszunahme schwieriger, sichere oder ausreichende Wasserversorgung und -entsorgung für die Gemeinschaft bereitzustellen
- erhöht große Bevölkerungsdichte in einer Umgebung der Armut die Wahrscheinlichkeit, daß Infektionen sich ausbreiten.

Es zeigt sich, daß sozio-ökonomische Bedingungen, wie z.B. die Notwendigkeit einer Altersversorgung durch die Kinder, gewisse Bevölkerungsverhältnisse bestimmen. Krankheit ist dabei sowohl ein Produkt des Bevölkerungsdrucks als auch ein weiterer Anlaß für Bevölkerungszunahme und damit ein wichtiges Element im Komplex Unterentwicklung. Daß „Überbevölkerung“ der Grund für Armut sei (5), diese malthusianische Auffassung hat ihre Wurzeln in Rhodesien und wurde in diesem Land auch krass angewendet. Sie ist nicht nur stark vereinfachend, sondern falsch, und wurde durch Berichte aus der VR China widerlegt (6). Dort wurden aufgrund weitgehender sozio-ökonomischer Veränderungen gewisse Voraussetzungen für niedrige Geburtenraten verwirklicht. Diese sind:

- erhöhtes Heiratsalter für Frauen
- hohe weibliche Beschäftigungsrate
- schnelle Erhöhung der Alphabetisierungsrate und des Bildungsniveaus
- Einführung einer Alterssozialversicherung
- deutlicher Rückgang der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit
- ein weitreichendes und wirksames Massen-Kommunikations- und -verkehrsnetz
- und eine leicht zugängliche, kostenlose Empfängnisverhütung und Abtreibung.

Es braucht wohl kaum betont zu werden, daß schon allein der Aufbau der heutigen rhodesischen Gesellschaft die Verwirklichung der meisten, wenn nicht aller dieser Voraussetzungen ausschließt.

Die Beziehung zwischen Wasserversorgung und Krankheitsstruktur

Nach einer Schätzung der WHO (Weltgesundheitsorganisation) fehlt in Afrika 89 % der ländlichen Bevölkerung „ein vernünftiger Zugang zu sauberem Wasser“ (7). In Rhodesien schöpfen „die große Mehrheit der afrikanischen Bevölkerung in den Tribal Trust Lands ihren Wasservorrat aus völlig ungeschützten Oberflächengewässern oder seichten Quellen.“ (8) Wegen der äußerst begrenzten Möglichkeit, Abwasser getrennt abzuführen, ist es oft riskant, dieses Wasser zu trinken. Da aber kein anderes Wasser erreichbar ist, muß es auch als Trinkwasser genutzt werden. Die Folge ist eine Verbreitung von Typhus, Cholera, Dysenterie und anderen Darminfektionen. Die Rate der Erkrankungen ist am größten in Trockengebieten, wo zugleich Wassermangel und staubige Umgebung Sauberkeit erschweren. Unhygienische

Typische Krankheiten in der Dritten Welt: Tuberkulose, Masern, Bilharziose

Hier sind drei Beispiele von Krankheiten, bei denen sozio-ökonomische Faktoren eine große Rolle spielen. Sind die Lebensbedingungen in einem Land gut, wird man sie nur selten antreffen. Das beruht nicht so sehr auf einer guten medizinischen Versorgung, sondern ist auf gute Ernährung und Hygiene zurückzuführen. In 3. Welt-Ländern mit dem Problem der Mangel- und Fehlernährung sieht das anders aus.

TUBERKULOSE

Von der Krankheit befallene Menschen: Mindestens 50 Millionen auf der gesamten Welt; Vor allem in armen Ländern verbreitet; aus den reichen Ländern fast verschwunden; häufige Todesursache für kleine Kinder in der 3. Welt.

Symptome: Fieber, Husten, Gewichtsverlust.

Ursache: Der durch Tröpfchen beim Husten übertragene Tuberkelbacillus; besonders Kinder in schlechtem Ernährungszustand werden infiziert, einengende Wohnbedingungen vergrößern das Risiko.

Therapie: Die Krankheit war in der letzten Generation in den jetzt entwickelten Ländern sehr verbreitet, ist aber inzwischen durch die verbesserten Wohn- und Ernährungsbedingungen merklich reduziert worden. Gewisse Immunisierung durch Impfung möglich, Chemotherapeutika helfen in den meisten Fällen. Menschen in ländlichen Gegenden armer Länder haben zu beidem in der Regel wenig Zugang.

MASERN

Betroffene Menschen: Wenn sie nicht geimpft worden sind, können eigentlich alle Kinder zu irgendeinem Zeitpunkt Masern bekommen. Aber während sie in den reichen Ländern nur eine routinemäßige Kinderkrankheit sind, verlaufen sie in den armen Ländern häufig tödlich.

Symptome: Hautausschlag, Halsschmerzen, Augenbindehautentzündung, Durchfall.

Ursache: Masernvirus. Die Sterbewahrscheinlichkeit ist in armen Ländern 400 mal höher als in reichen Ländern, weil die mangelernährten Kinder nicht genügend Protein zur Abwehr der Infektion besitzen.

Therapie: Es gibt gegen Masern keine Medikamente. Gute und proteinreiche Ernährung ist in schlimmeren Fällen angezeigt. Sie wird den Erkrankten in armen

Ländern aber häufig nicht zugeführt, teils aus Geldmangel und teils aus Aberglauben, der auch bewirkt, daß die Kranken versteckt werden und die Erkrankungen nicht gemeldet werden. Der vorhandene Impfstoff wird in Nordamerika und Europa viel angewandt, in den armen Ländern, wo er nötiger wäre aber nur sporadisch benutzt.

SCHISTOSOMIASIS (BILHARZIOSE)

Befallene Menschen: 200 Millionen, vor allem in den ländlichen Gebieten Afrikas, Lateinamerikas und des Fernen Ostens.

Symptome: Blut im Urin, Auszehrung und aufgebläster Unterleib.

Ursache: Ein Parasit, ein Wurm der Gattung Schistosomas; Zwischenwirt sind bestimmte Süßwasserschnecken. Die Larven (ca. 1 mm lang) dringen in die menschliche Haut ein, reifen in der Leber und lassen sich dann in den Adern nieder, wo sie mehrere Jahre Eier legen. Die Eier werden vom infizierten Körper laufend ausgeschieden. Wenn sie in Wasser gelangen, schlüpfen sie aus und suchen nach einer Schnecke, in der sie zum Larvenstadium heranreifen können. Dieser Zyklus dauert etwa einen Monat. Den Wurm findet man in langsam fließendem, seichten Wasser, das unter schlechten hygienischen Bedingungen als Abwasser und zum Baden dient (Infektionsquelle). Ausgerechnet viele Modernisierungsprogramme zur Bewässerung und zur Schaffung neuer Wasserwege, wie der Nasser-See in Ägypten, haben das Problem verschlimmert.

Therapie: Medikamentenbehandlung der Schistosomiasis ist möglich, hat aber gefährliche Nebeneffekte. Vorbeugung ist besserer Ansatz. Die Chinesen hatten sehr viel Erfolg bei ihren intensiven Versuchen, die Schnecken zu vernichten, indem sie sie fast alle aus dem Wasser sammelten, aber die soziale Organisation, die dies ermöglichte, ist anderswo schwierig zu wiederholen. Es wurden auch Chemikalien eingesetzt, um die Schnecken zu vernichten und so den Zyklus zu durchbrechen (z.B. Entwicklungsprojekt des DED zusammen mit Bayer in der Oase El Fayun). Verbesserte Hygienebedingungen, vor allem bei den kleinen Kindern, sind wirkungsvoller.

Wohnverhältnisse tragen zur Verschlechterung der Lage bei.

In Rhodesien wurde in den letzten Jahren ein rapider Anstieg von wasserübertragenden Infektionskrankheiten wie Cholera und Typhus verzeichnet (gemeldete Typhusfälle: 1968 569 (555 Afrikaner); 1973 2549 (2 530 Afrikaner); 1974 1 541 (1 527 Afrikaner)).

Auch leichtere Durchfallserkrankungen fordern in vielen Entwicklungsländern Opfer, zumal bei Kindern, da schlecht ernährte Kleinkinder besonders anfällig für Durchfall sind (9).

Zwei Hauptfaktoren bestimmen also die Erkrankungsziffern: das Vorhandensein der Erreger im Wasser und eine größere Anfälligkeit für Infektionen aufgrund von Unter-

ernährung (s.u.). Ein Rückgang der Erkrankungen kann nur erzielt werden, wenn neben einer besseren Ernährung Wasser ausreichend vorhanden und besser zugänglich ist.

Das gilt auch für infektiöse Hauterkrankungen, die mit schlechten sanitären Verhältnissen und schlechter Ernährungslage in Beziehung stehen. Ein Beispiel dafür ist Trachoma, die Hauptursache für Erblindung in der Dritten Welt.

Unterernährung und Krankheit

Unterernährung bei Kindern

Unterernährung bewirkt, daß Krankheiten weiter verbreitet und verschlimmert werden. Für Kinder ist sie besonders gefährlich, in extremen Fällen bedroht sie sogar

ihr Leben.

Problematisch ist auch Mangelernährung bei schwangeren Frauen, sie führt zu Frühgeburten und abnorm niedrigem Geburtsgewicht. Die Säuglinge sind schon durch Schwäche gezeichnet und haben nur wenig Chancen, das 5. Lebensjahr zu überleben. Eine großangelegte Studie in Lateinamerika – eigentlich einem relativ gut ernährten Teil der Dritten Welt – ergab, daß bei 57 % aller Todesfälle von Kleinkindern Unterernährung oder Unreife bei der Geburt (d.h. verfrühte Geburt und/oder Untergewicht) mitspielte. In 6 % der Fälle waren diese Faktoren direkt für den Tod verantwortlich (11).

Unterernährung als Teilfaktor von Erkrankungen und Tod

Unterernährung beeinträchtigt die normalen Körperreaktionen auf Krankheiten, indem sie die Abwehrstoffe verringert, die durch eine vorausgegangene Infektion eigentlich schon erworben worden waren.

Zum Beispiel stellte man fest, daß normalerweise die Zahl der Tuberkulosekranken bedeutend geringer ist, als von der Verbreitung der Tuberkuloseerreger her anzunehmen wäre. Ausnahmen bilden nur die Gebiete, deren Bewohner schlecht ernährt oder aus anderen Gründen besonders anfällig für Krankheiten sind (12). Infektionskrankheiten, die bei uns relativ unkompliziert verlaufen, wie Mäse, Keuchhusten (s. Kasten), nehmen einen ganz anderen Charakter an, wenn unterernährte Kinder angesteckt werden. Epidemieartige können sie Hunderte von Säuglingen in einer Region wegraffen (s. auch Peru-Artikel).

Der Verlauf von Infektionskrankheiten kann Unterernährung als Folge mit sich bringen. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß Epidemien von Durchfallerkrankungen nach ein paar Wochen Mangelernährungskrankheiten zu folgen pflegen.

Grund dafür ist die Behinderung der normalen Verdauung bei Darminfektionen. Das Fieber, das Infektionskrankheiten begleitet, erhöht zusätzlich die Geschwindigkeit der Nahrungsverwertung, deshalb muß zur Aufrechterhaltung eines gewissen Ernährungspegels mehr Nahrung zugeführt werden. Somit hängt auch der Heilungsprozeß davon ab, ob eine vermehrte und proteinhaltige Nahrung zugeführt werden kann.

Unterernährung in Rhodesien

Wie groß dieses Problem in Rhodesien ist, zeigen Statistiken der Krankenhäuser: „Verhungern“ (Unterernährung mit Todesfolge) steht auf Rang 5 der häufigsten Todesursachen und ist die zweithäufigste Diagnose bei der Aufnahme in die Kinderstation des größten Regionalkrankenhauses.

Der Ernährungszustand der afrikanischen Kinder läßt sich wie folgt in Zahlen fassen: „Die Hälfte der Kinder der unteren Altersgruppe hat über 10 % Untergewicht; 14 % sind ernstlich unterernährt, von dieser Gruppe hat ein Drittel die Proteinmangelkrankheit Kwashiorkor.“ (13)

Die eigentlichen ökonomischen Ursachen werden von den rhodesischen Gesundheitsbehörden verschleiert. Dies läßt sich an zwei Aussagen von hohen Beamten über das Problem ablesen. Der „Medical Officer of Health“ der Provinz Manicaland gibt in seinem Bericht 1969 eine Aufzählung statistischer Daten, läßt jedoch wichtige Informationen unerwähnt: „Kwashiorkor befiel in der Mehrzahl Kinder von 12 bis 23 Monaten . . . meist sind sie die Erstgeborenen der Familie. Die meisten Eltern hatten wenig oder keine Schulbildung. Meist kamen die Kinder aus Familien, deren Einkommen unter R\$ 10 pro Monat lag (1 R\$ entspricht ungefähr 4,- DM). Meist waren die Mütter zwischen 21 und

25 Jahren alt und die Diagnose (Kwashiorkor) wurde 1-2 Monate nach dem Abstillen gestellt. Aus der Anzahl der Erkrankungen, die Säuglingsfürsorgestatistiken gemeldet wurden, errechnet sich eine Verbreitung von 79,3 pro Tausend. Die Erkrankungsziffer scheint im Januar/Februar am höchsten zu sein und im September/Oktober am niedrigsten.“ (14)



Selbst ein rhodesischer Amtsarzt muß also feststellen, daß das „medizinische“ Problem Unterernährung, das für soviel Krankheit, Leiden und Tod verantwortlich ist, mit niedrigem Einkommen und geringem Bildungsniveau verbunden ist. Die Zeitangaben deuten darauf hin, daß die Krankheit während der Reifezeit des Getreides (Januar/Februar) am weitesten verbreitet ist, nämlich dann, wenn die Nahrungsmittelvorräte ausgehen (s.u.). Sollten die Daten doch einmal interpretiert werden, stellen sie sich dar, wie bei dem obersten Gesundheitsbeamten der Provinz Matabeleland (1972): „Die Statistik, die über die Besucher in Kinderfürsorgestationen während des Jahres erstellt wurde, nennt 2.918 Fälle von Unterernährung. Wir haben einige dieser Fälle weiterverfolgt. Meist ist Unterernährung sozial bedingt und nicht durch Dürre oder Mangel an Nahrungsmitteln. Die Hauptursachen sind Unwissenheit und Apathie auf der Seite der Eltern und die Tatsache, daß die Getreideernte oft eher zur Bierproduktion verwendet wird als zum Verzehr oder Verkauf zugunsten der Familie.“ (15)

Hier soll versucht werden, die einzelnen Behauptungen in ihren realen Zusammenhängen darzustellen. Niedriges Einkommen und geringes Bildungsniveau sind ein Ausdruck für den Prozeß der Unterentwicklung, der der Mehrheit der rhodesischen Bevölkerung, die schwarz ist, aufgezungen wurde.

1.) Zur Behauptung, daß Unterernährung nicht in Dürre oder Nahrungsmittelknappheit begründet sei. In den „Tribal Trust Lands“ wurde den Afrikanern der unfruchtbarere und schlecht erschlossene Teil des Landes zuge-

wiesen, der außerdem im Verhältnis zur Bevölkerungszahl viel zu gering ist. Die geringe Anbaufläche und unzulängliche Bebauungsmethoden zwangen dazu, daß bei den Nahrungsmittelvorräten immer kleinere Sicherheitsspannen eingeplant wurden. Ein interner Bericht des Innenministeriums stellte fest, daß in einem „Tribal Trust Land“ zwischen einem Drittel und 3/4 der Familien nicht genügend Nahrungsmittel produzieren, um ihren eigenen Bedarf zu decken. Kürzlich hat ein Bericht der rhodesischen Kommission für Sozialwesen und Entwicklung gezeigt, daß in Tongaland „mehr als tausend Familien“ verhungern. (16)

2) Zu den Einkommensverhältnissen

Der Autor stellt in einem vorhergehenden Kapitel („Armut und Lohnstruktur“) dar, daß eine große Zahl von Familien unter dem staatlich festgelegten Existenzminimum liegen („Poverty Datum Line“, S. 32/33).

Da nur 14 % der Afrikaner einer Lohnarbeit nachgehen, werden die meisten Kinder von Familien mit Einkünften unter RS 10 pro Monat, und außerdem die meisten Familien von Landarbeitern, die 39 % der Beschäftigten stellen, unter diese Kategorie fallen. Im landwirtschaftlichen Sektor fiel in der Zeit von 1963-73 das durchschnittliche Realeinkommen im Monat von R\$ 10,67 auf R\$ 9,33 (17). Dieses Einkommen entspricht etwa dem Existenzminimum für einen alleinstehenden Mann, für ein Ehepaar ohne Kinder müßte das Einkommen um 45 % höher sein (18). Zieht man in Betracht, daß der Mann 90 % des Einkommens des gesamten Haushalts stellt (19), ist klar, daß der Grad an Mangel und materieller Verarmung für Familien mit Kindern noch ausgeprägter ist.

3) Zur Aussage über das niedrige Bildungsniveau

Betrachtet man die rhodesische Bildungspolitik, ist geringe Schulbildung bei den Eltern der erkrankten Kinder nicht verwunderlich. Die Bildungspolitik „ist sorgfältig dahin ausgerichtet, die Afrikaner nur bis zu einem Niveau auszubilden, auf dem sie den Arbeitsbedarf der weißen Minderheit befriedigen können, ohne die Privilegien der weißen Arbeiterschicht zu bedrohen. Gleichzeitig soll die Zahl der Afrikaner, die aufgrund ihres Bildungsstands in das Wahlregister aufgenommen werden, nicht so groß werden, daß sie die Weißen politisch bedrohen können.“ (20) Diese Politik wird durch Erhebung von Schulgeld für Afrikaner und andere diskriminierende Maßnahmen durchgeführt, so daß noch 1976 nur eine Minderheit der Kinder bei Primarschulen angemeldet wurden.

Es ist offensichtlich, daß Unterernährung in Rhodesien die Folge von sozio-ökonomischer Unterentwicklung ist; sie irgendeinem anderen Phänomen zuzuschreiben, verschleiert die Tatsachen.

Die Organisation eines kolonialen Gesundheitssystems

Fünf Instanzen sind am rhodesischen Gesundheitsdienst beteiligt.

1. die Zentralregierung,
2. Freiwillige Verbände, u.a. christliche kirchliche Organisationen, versorgen meist die ländliche afrikanische Bevölkerung
3. städtische und ländliche, meist afrikanische, Gemeinden („Rural Councils“)
4. manche Industriebetriebe
5. der Privatsektor; darunter fallen private Praxen mit modernen Behandlungsmethoden, wie auch die traditionellen Praktiker (ngangas).

1. Leistungen des Gesundheitsministeriums

Gebühren und Kosten für die Patienten

Die weiße Minderheitsregierung strebt an, daß soziale Ein-

richtungen für die afrikanische Bevölkerung sich selbst tragen. Das hat zur Folge, daß die Verantwortung für Erziehung und Gesundheit auf dem Land in die Hände der afrikanischen Gemeinden, der „rural councils“ gelegt werden, die schon allein finanziell überlastet sind. In seinem Bericht für 1973 stellte der Gesundheitsminister fest: „Zu Anfang dieses Jahrzehnts wurde die Notwendigkeit klar, daß ein größerer Anteil der Kosten für die Gesundheitsversorgung der afrikanischen Bevölkerung von ihr selbst aufgebracht werden müßte. Damals wurde zum ersten Mal ein System von Gebühren für ambulante und stationäre Behandlung von Afrikanern eingeführt . . . , Dies muß im Lichte der wirtschaftlichen Verhältnisse gesehen werden: Der Anteil der Afrikaner, die eine feste Beschäftigung haben, sank im letzten Jahrzehnt von 17 % auf 14 %, die monatlichen Durchschnittseinkommen stiegen nur um R\$ 4, während die Einkünfte der ärmeren Bevölkerung gerade stagnierten (wie z.B. im landwirtschaftlichen Sektor, s.o.). So betrachtet liegen die Gebühren weit über einem „vernünftigen Niveau“, von dem der Gesundheitsminister sprach. Z.B. kostet ein Mutterschaftsaufenthalt in einem Zentralkrankenhaus die horrende Summe von R\$ 15, in einem Landkrankenhaus R\$ 2*.

Europäer werden privat behandelt. Die Gebühren, die die Praktiker verlangen, sind sehr unterschiedlich. 70 - 75 % der Europäer bekommen aber alle ihre Ausgaben, außer den Arzneimittelrezepten, von „Medical Aid Societies“ ersetzt (21).

2. Missionskrankenhäuser

Kirchliche Institutionen leisten einen sehr großen Anteil der medizinischen Versorgung für die afrikanische Landbevölkerung. Sie springen in die Bresche, die die Zentralregierung offenläßt und die die „rural councils“ (Gemeinden) nicht schließen können. Dennoch wurde 1974 nur etwas über die Hälfte der Einrichtungen (67) überhaupt staatlich subventioniert. Zahlungen an Missionskrankenhäuser machten 1971/72 nur 3,6 % des Gesundheitsetats aus. Die gesamte Unterstützung, die das Gesundheitsministerium an Gemeinden, Missionen und freiwillige Verbände (Kirche, Wohlfahrtsverbände, Blindenvereine) leistete, erreichte nur einen Anteil von 8,4 % am Gesundheitshaushalt.

Tabelle: Statistik der Patienten in Staatlichen und in Missionskrankenhäusern

	Staatl.		Missionen	
	1969	1971	1969	1971
ambulante Patienten	338.000	375.000	360.000	407.000
stationäre Patienten	104.000	103.000	129.000	126.000
Bettenzahl	2.680	2.757	5.350	5.249
Tuberkulosebetten	400	520	858	930
Tuberkulosepatienten	1.672	826	3.357	1.011

Missionskrankenhäuser leisten wichtige Dienste in der Tuberkulosebehandlung. Viele haben auch gut ausgerüstete Außenambulanzen, die eine Basisgesundheitsversorgung leisten, sowohl in kurativer als auch in vorbeugender Medizin (22).

3. Gemeinden

Die Gemeinden leisten kurative Dienste für Infektions- und Geschlechtskrankheiten, Schwangerenbetreuung und Säuglingsfürsorge. Gemeindegesundheitsfürsorger übernehmen Hausbesuche.

* Für männliche stationäre Patienten schwanken die Gebühren zwischen R\$ 4 in Zentralkrankenhäusern und R\$ 1 in Landkrankenhäusern.

Grundlage dafür ist ein Regierungserlaß, der bestimmt, daß „die Initiative für die Versorgung mit diesen Diensten von den Gemeinden kommen sollte, als ein Versuch zur Selbsthilfe. Sie soll von der Zentralregierung angeregt und finanziell unterstützt werden.“ (Bericht des Gesundheitsministers 1973).

Allerdings ist die Ausstattung mit Personal miserabel. Die überwiegende Mehrheit der rhodesischen Ärzte (89 %) praktiziert in den 12 größeren Städten, die verbleibenden in den ländlichen Gebieten. Das bedeutet, daß in den Städten ein Arzt auf ca. 1650 Einwohner kommt, aber in den ländlichen Gebieten, wo etwa 82 % der Bevölkerung lebt, nur ein Arzt auf 45.000 Einwohner; andere Quellen geben das Verhältnis mit 1: 100.000 an („Church-Related Medical Work“ a.a.O.).

Krankenhäuser für Weiße und Afrikaner

8 Zentralkrankenhäuser

je 4 in Salisbury und Bulawayo; insgesamt 2 für Afrikaner, in die anderen werden Europäer, „Farbige“ und Asiaten aufgenommen.

9 Allgemeinkrankenhäuser

alle in den übrigen Städten, für alle Rassen.

30 Distriktkrankenhäuser

in Kleinstädten und Distriktzentren, v.a. für die afrikanische Bevölkerung

über 60 Landkrankenhäuser u. Gesundheitszentren in ländlichen Gebieten, leisten u.a. ambulante Behandlung der afrikanischen Bevölkerung

5 Spezialkliniken

Behandlung von geistigen Erkrankungen, Tuberkulose und Lepra

Der Löwenanteil der staatlichen Gelder geht an die Krankenhäuser von Salisbury: 1974/75 R\$ 9.316.000 von einem Gesundheitsetat von R\$ 28.869.700.

Das neue „Andrew Fleming Hospital“, das die Ausgaben für Salisbury 1974 dermaßen in die Höhe trieb, soll 550 Betten für Europäer in einem Trakt bieten, der nicht für den Lehrbetrieb bestimmt ist. Es hat außerdem 350 Betten, die von der Godfrey Huggins Medical School für die Ausbildung von Medizinstudenten genutzt werden sollen. Die „Lehrbetten“ werden für Patienten aller Rassen sein, die bereit sind, als Lehrobjekte behandelt zu werden.

Ein ähnliches Krankenhaus, das in Sambia gebaut wurde, kostet so viel wie 250 Gesundheitszentren auf dem Land kosten würden.

(M. King in: „A Teaching Hospital for Developing Countries“)

Den Angaben ist zu entnehmen, daß das rhodesische Gesundheitssystem krankenhauszentriert ist und die Weißen und Städter am besten versorgt.

1974 arbeiteten nur 4 Ärzte für lokale Behörden, und selbst diese waren alle in europäischen Landkrankenhäusern in Mashonaland tätig (23).

Vorgeschrieben ist zwar, daß „staatliche Krankenschwestern die Kommunalkrankenhäuser regelmäßig besuchen“ (23). In der Realität sieht es aber meist aus wie im Distrikt Enkeldoorn, wo die „Krankenschwester versucht, diese Besuche in 6wöchigem Abstand zu machen.“ (24)

Die Konzeption des „community development“ und der „Selbsthilfe“, für die afrikanische kommunale Kliniken ein Ausdruck sind, muß in diesen wirtschaftlichen und organisatorischen Zusammenhängen gesehen werden. Es ist wahrhaftig nicht verwunderlich, daß einige Gemeinden die Erwartungen des Gesundheitsministeriums nicht erfüllen, das ihnen die Mängel in der Versorgung in die Schuhe schiebt.

Das Netz der Gesundheitsversorgung – eine kritische Einschätzung

Es wurde gezeigt, daß die Krankheitsstruktur in Rhodesien im wesentlichen mit Armut und ihrem Umfeld verbunden ist, und daß man den meisten Krankheiten – und fast allen ihren ernststen Folgen – vorbeugen kann. Allerdings müssen diese Maßnahmen über den hergebrachten Rahmen des Gesundheitssystems hinausgehen. Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, daß Vorbeugemaßnahmen insgesamt einfacher und billiger sind als kurative Versorgung. Dennoch gibt das Gesundheitsministerium fast den gesamten Etat für kurative Medizin aus (89 %).

Die Pro-Kopf-Ausgabe (R\$ 4) ist zwar bei oberflächlichem Hinsehen eher höher als in den meisten afrikanischen Ländern (25). Hier soll aber die Behauptung genauer untersucht werden, „80 % der Regierungsausgaben kämen dem Afrikaner zugute.“ (26)

Es wurde schon erwähnt (s. Kasten), daß der Löwenanteil des Gesundheitsbudgets den Krankenhäusern, und speziell denen in Salisbury, zukommt. Auch unter den anderen Krankenhäusern werden bei der Geldvergabe, die für Weiße denen für Afrikaner bevorzugt.

Die Gesundheitsdienste sind meist stadtzentriert, obwohl die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung auf dem Land lebt. In einigen Studien wurde gezeigt, daß die Einzugsgebiete der Krankenhäuser äußerst begrenzt sind.

Medizinisch versorgt wird also nur der Teil der Bevölkerung, der in der Nähe eines Gesundheitszentrums wohnt, ein anderer Teil hat überhaupt keine Gesundheitsversorgung (27).

Dieses grob ungleiche Bild zwischen Stadt und Land und Schwarz und Weiß wird durch die Tatsache verstärkt, daß 89 % der rhodesischen Ärzte in den städtischen Räumen und für die weiße Bevölkerung tätig sind.

Hier spiegelt sich die Auffassung von den „dualen“ Wirtschaften und Gesellschaften auch im Gesundheitssystem. Gemeint ist, daß in einer Enklave ausländisches Kapital eine Wirtschaft ähnlich der in Industrieländern aufbaut: städtezentriert und mit einem gutausgebildeten Markt. So findet sich krankenhauszentrierte, westliche Medizin in den städtischen Räumen, die eingeborene „weniger entwickelte“ Form der Medizin, die von den ngangas ausgeübt wird, in den ländlichen Gebieten.

Das medizinische Personal – eine kritische Einschätzung**

Das rhodesische Gesundheitssystem stimmt mit dem gewohnten Muster einer Planung überein, die von einem Zentrum aus vorgenommen wird und sich nach der Peripherie hin ausbreitet. Es ist – und zwar mangelhaft – für eine Bevölkerung bestimmt, und wird an sie geleistet. Endpunkt ist die kleinste Einheit des Systems, der „health assistant“. Er arbeitet von Institutionen aus (Landkrankenhäuser und kommunale Krankenhäuser), die die Basis eines pyramidenförmigen Systems bilden.

Heute ist es eine anerkannte Tatsache, daß in den mei-

** Das Konzept „Gesundheit mit dem Volk“ in dieser Diskussion ist der Schrift „Proposal for Research on the Indian Health Sector“ entnommen, die von der IDS-Untergruppe Gesundheit erstellt wurde.

sten Entwicklungsländern das Gesundheitssystem die Mehrheit der ländlichen Bevölkerung nicht erreicht. Die Basis der Gesundheitspyramide ist im allgemeinen schwach ausgebildet und in vielen Gegenden gar nicht vorhanden. Es handelt sich um ein kopflastiges System, in dem die staatlichen Ausgaben auf die Spitze konzentriert sind, auf die Krankenhäuser, statt gleichmäßig auf die Basis verteilt zu sein. Kennzeichnend ist die Konzentration von Gesundheitsdiensten und -personal in der Stadt und eine spärliche Verteilung der primären Gesundheitsbediensteten auf das Land. Die derzeitige Anzahl der Health Assistants in Rhodesien liegt weit unter der geplanten – und selbst die ist hoffnungslos ungenügend. Charakteristischerweise ist die Basis nicht nur schwach, sondern die Spitze soll sogar noch *weiter* verstärkt werden, z.B. durch die Ausbildung von hochspezialisierten Krankenschwestern, den „Advanced Clinical Nurses“ (mit 2jähriger Zusatzausbildung), die verständlicherweise Aufstiegsstreben nach einem Vollmedizinerberuf haben werden. (28)

Es sind Ambitionen, die aus dem Widerspruch zwischen den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung und den Interessen der Beschäftigten im Medizinbereich herrühren. Gesundheitsbedürfnisse und der Wunsch des Personals, sein Wissen zu erweitern, stehen nicht *grundsätzlich* im Widerspruch; nur dann, wenn medizinische Kenntnisse die Form eines Vermögens in einer Marktwirtschaft annehmen, streben die einzelnen „Produzenten“ dieser Kenntnisse eher danach, Wissen zu erwerben, das ihren Marktwert verbessert, als solches, das ihren sozialen Wert verbessert. Die Ambitionen haben eine regelrechte Personalverschwendung zur Folge. Sie durchziehen die Ränge der Beschäftigten im Medizinbereich von „oben“ – das zeigt sich bei auswandernden Ärzten – bis „unten“; wenn z.B. Health Assistants „Geschäftsleuten helfen, Latrinen richtig zu bauen, während die normalen Stammesmitglieder vernachlässigt werden.“ (29)

Eine Frage stellt sich jetzt: Wäre das allgemein akzeptierte Modell der Gesundheitsversorgung an der Basis ausreichend, wenn der Peripherie mehr Geldmittel zugeleitet würden?

In den letzten Jahren wurde in den asiatischen sozialistischen Ländern, v.a. China, der Nachweis erbracht, daß eine gemeinschaftliche Organisation der eigenen Gesundheitsversorgung und -vorsorge Erfolg hat.

Diese Lösung, mit allem, was sie an Planung beinhaltet, setzt einen hohen Grad von Basisorganisation in der Bevölkerung voraus. Sie impliziert die direkte Teilnahme der Bevölkerung bei der Gesundheitsvorsorge: beim Anbau von wesentlichen Nahrungsmitteln, beim Bau von Latrinen, beim Graben von Brunnen, bei der Bekämpfung von Krankheitsüberträgern.

Die Beschäftigten müssen mit dem Gesundheitssystem verbunden sein, um so die Basis der Pyramide zu erweitern und zu festigen. Diese Konzeption wurde in der WHO-Parole „Gesundheit durch das Volk“ zusammengefaßt. Damit die Forderung einer angemessenen Gesundheitsversorgung auf dem Land („Gesundheit für das Volk“) einbezogen wird, denn sie bleibt absolute Notwendigkeit, könnte die Parole „Gesundheit mit dem Volk“ beide Aspekte zusammenfassen.

Obwohl sich das Modell auch in einigen nicht-sozialistischen Ländern schwerpunktmäßig bewährt hat – ein bedeutendes Beispiel ist das Jamkhed-Projekt in Südindien (30) –, ist die Möglichkeit eines Erfolgs auf nationaler Ebene nur mit einer politischen Struktur gegeben, die die Masse der Bevölkerung für die Verteidigung ihrer eigenen Gesundheit zu organisieren fähig ist.

Neue Prioritäten der Weltgesundheitsorganisation WHO für die Medizin in Entwicklungsländern (1973)

1. Die medizinische Primärversorgung sollte an den Lebensgewohnheiten und Lebensstilen der Bevölkerung, der sie dient, orientiert sein und sollte sich an den Bedürfnissen der Gemeinschaft ausrichten.
2. Der Basisgesundheitsdienst sollte ein integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein. Die weitere Auffächerung der Dienste sollte den Notwendigkeiten entsprechen, die sich an der Basis ergeben; dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit technischer Möglichkeiten sowie Aufgaben der Überwachung und Beratung.
3. Die Aktivitäten einer medizinischen Primärversorgung sollten voll integriert sein in die anderen Sektoren, die es mit der Entwicklung des Gemeinwesens zu tun haben (Landwirtschaft, Erziehung und Ausbildung, öffentliche Dienste, Wohnungs- und Kommunikationsfragen).
4. Die Bevölkerung am Ort sollte sowohl an der Formulierung der Aufgaben als auch an den Bemühungen um die Problemlösungen im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt werden, so daß der Gesundheitsdienst mit den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Prioritäten zur Deckung gebracht werden kann. Entscheidungen darüber, welche die Nöte der Gemeinschaft sind, die einer Lösung bedürfen, sollten sich auf einen beständigen Dialog zwischen den Leuten an der Basis und den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste gründen.
5. Die angebotenen Gesundheitsdienste sollten größtmöglichen Gebrauch machen von den in der jeweiligen Gemeinschaft vorhandenen Ressourcen. Dabei sollten besonders die Möglichkeiten berücksichtigt werden, die bisher nicht in Anspruch genommen wurden; die angebotenen Gesundheitsdienste sollten ferner die zwingenden Grenzen für die Kosten beachten, die es jeweils im Lande gibt.
6. Basisgesundheitsdienste sollten sich um einen Ansatz bemühen, in dem präventive und kurative Maßnahmen ebenso wie der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung dienende Programme gleichzeitig und in gleichem Umfange aus- und aufgebaut werden, und zwar zugleich im Blick auf Individuum, Familie und Gemeinschaft. Das Verhältnis, in dem diese einzelnen Dienste zueinander stehen, sollte sich je nach den Bedürfnissen des Gemeinwesens einpendeln, dabei mag es im Laufe der Zeit durchaus Veränderungen geben.
7. Der größte Teil von der Gesundheit dienenden Aktivitäten sollte auf der jeweils am dichtesten an der Basis angesiedelten Ebene, auf der sie noch praktikierbar sind, geschehen und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderliche Maßnahme am besten ausgebildet sind.

Die Grundlage einer Gesundheitsorganisation in sozialistischen Ländern sind die sozialen Beziehungen von Kollektivbesitz in der Landwirtschaft und einer Gesellschaftsordnung auf Gemeinschaftsbasis. Zentrale Anliegen sind die Bewußtseinsbildung der Bevölkerung und der Einsatz ihrer Energien für die eigene Gesundheit (neben anderen Bereichen des sozialen Lebens), ein System, das mit politischen Mitteln geleitet wird.

Es ist klar, daß die Verwirklichung dieser Bedingungen

im Kontext von Rhodesiens augenblicklicher politischer Ökonomie unmöglich ist.

Gekürzte und leicht umgestellte Fassung einer Dissertation von D. M. Sanders mit dem Titel: „The Underdevelopment of Health – A Critique of Rhodesia's Health System“, London 1976

Quellen

- (1) Segall, M. „Pharmaceuticals and Health Planning in Developing Countries.“
Report for TOT Division of UNCTAD
- (2) Geraty, A. H. „Evaluation of Family Planning Educational Programmes in Rhodesia“
– Research Report No 1, University of Rhodesia Jan 1973
- (3) World Bank Health: Sector Policy Paper, March 1975
- (4) Bericht des Gesundheitsministers 1972
- (5) Suyin, Han „Family Planning in China“ – The Victor Boström Fund Report, Spring 1971
- (6) Wray, J D „Health and Nutritional Factors in the Early Childhood Development in the People's Republic of China“ – Entwurf / Skizze
- (7) WHO World Health Statistics Report, Vol 26, No 11, 1973
- (8) Bericht des Gesundheitsministers 1970
- (9) Morley, D C „Paediatric Priorities in the Developing World“ S. 184
- (10) Bradley, D J „Water Supplies: The Consequences of Change in Human Rights in Health“ – A Ciba Foundation Symposium
- (11) Puffer, R R., Serrano, C. V., u. Dillon, A.: „The Inter-American Investigation of Mortality in Childhood“ S. 2 - 6
Washington: Pan American Health Organization WHO 1971
- (12) Scrimshaw, N. S., Taylor, C. E. u. Gordon, J. E. „Interactions of Nutrition and Infection“ S. 60 - 142 – WHO 1968
- (13) Bericht des Gesundheitsministers 1969
- (14) Bericht des Gesundheitsministers 1972
- (15) ebd.
- (16) RCBC Commission on Social Service and Development: „Starvation in Tongaland“ (Binga District)
- (17) Economic Survey of Rhodesia, 1973, April 1974, S. 19 und Rhodesia Monthly Digest of Statistics, Februar 1974, S. 13 und S. 15
- (18) Clarke, D G „Farm Workers' Wages and Conditions of Employment from the 1940's to the 1970's“ – Rhodesia Science News, Vol 8, No 7
- (19) Riddell, R. „Poverty and the Wage Structure in Rhodesia“ The Rhodesia Science News, Vol 8, No 7, S. 201
- (20) International Commission of Jurists (ICJ)-Report „Racial Discrimination and Repression in Southern Rhodesia“ – CIIR, 1976
- (21) Ross, W. F. in einer Vorlesung am University College of Rhodesia Medical School am 22.7.1968
- (22) „Church-Related Medical Work in Rhodesia“
- (23) Bericht des Gesundheitsministers
- (24) Perry, J G. „The Health Services of a Rhodesian District“ Dissertation submitted for DTPH 1975
- (25) Pugh, A. O. „Health Services of Rhodesia“ PMOH, Matabeleland
- (26) Eine Behauptung, die der Gesundheitsminister bei einem Vortrag vor dem „National Workshop on HEALTH Services“ aufgestellt hat; zitiert in „Church-Related Medical Work...“ a.a.O.
- (27) Gish, O. „Resource Allocation, Equality of Access and Health in World Development“ Vol 1, No 12, December 1973
- (28) siehe Segall, M. „Theoretical Problems of 'middle-level' rural health centers and of rural health in the countries of East Africa (with special reference to Ethiopia and Tanzania)“ S. 11
- (29) Rhodesia: Parliamentary Debates: House of Assembly, Dienstag, 26. August, 1975, Col 1237
- (30) „Health by the People“, hrsg. K. W. Newell, Genf, WHO, 1975

Ich suche die Hefte 1 bis 12 und 28 der „blätter des iz3w“. Angebote bitte an:
Gerd Otto, Rothenbaumchaussee 103 d,
2000 Hamburg 13, Tel.: 040 / 4105785.

Der

informationsdienst südliches afrika



erscheint monatlich und informiert kritisch und ausführlich über Entwicklung und Geschehen im Südlichen Afrika.

Preis:

Einzelheft DM 2,00

Jahresabonnement DM 22,50 (Ausland DM 25,00; Luftpost DM 33,00)

Weitere Publikationsreihen:

**dokumentationsdienst
südliches afrika**

issa archiv aktuell

wissenschaftliche Reihe

edition südliches afrika

issa

informationsstelle südliches afrika e. V.

Buschstr. 20. 5300 Bonn 1, Tel. 02221/213288

Deutsche Firma »spendet« künstliche Niere für Nepal

Den nachfolgenden Artikel haben wir der Zeitschrift „der überblick“ Nr. 2/77 entnommen. Das Original von Johannes Sanio „Ein Kapitel Entwicklungsmedizin“ wurde von uns an einigen Stellen gekürzt. Den Briefwechsel zwischen Dr. Liane Nitzschke (Nepal) und Prof. Dr. Hans-Jürgen Holtmeier (Stuttgart) entnehmen wir ohne Veränderungen aus der gleichen Zeitschrift.

Red.

Im Frühjahr 1976 erscheint eine 26köpfige Delegation bundesdeutscher Internisten unter Führung von zwei Professoren in Nepal, um eine von zwei gespendeten „künstlichen Nieren“ zu übergeben und sich dafür feiern zu lassen. Der Apparat ist eine Spende der Firma BELICO in Freiburg, den Herren Chef- und Oberärzten auch sonst geschäftlich verbunden. Die Gruppenreise ist ermäßig und steuerlich absetzbar. Die nepalesische Ärztekammer begrüßt Spende und Spender: sie als Spendeorganisation und nicht der Staat als Träger des Gesundheitswesens erhalten von Professor Holtmeier und Kollegen die „Künstliche Niere“.

Das Gesundheitssystem in Nepal wird erst aufgebaut

Nepal ist eines der ärmsten Entwicklungsländer, ein Binnenland mit schwierigen topografischen Gegebenheiten, ohne nennenswerte Bodenschätze oder Industrie. Bis vor gut 25 Jahren war das Land abgeschlossen. Erst seit einer Generation haben Nepalesen Zugang zu moderner Schul- und Fachausbildung. Von ärztlicher Tätigkeit kann überhaupt erst seit zwanzig Jahren gesprochen werden, wobei entscheidende Starthilfe von der United Mission to Nepal mit den ersten Krankenhäusern in Tansen und Kathmandu und ländlichen Außenposten sowie einer Schwesternausbildung kam. Inzwischen hat der Staat die Verantwortung für das Gesundheitswesen übernommen. Der 5. Fünfjahresplan sieht als Schwerpunkt neben der Steigerung der landwirtschaftlichen Produktion den Ausbau der basic services vor. Dazu gehören Grundschulausbildung, Trinkwasserversorgung und ein schlichter Gesundheitsdienst. Bis 1980 sollen diese Einrichtungen für alle rund 4000 dörflichen Zentren im Lande erreichbar sein.

Schon das sind sehr ehrgeizige Ziele, die sich in dieser kurzen Zeitspanne wohl kaum verwirklichen lassen. So stieg zwar die Zahl der Nepalesen, die lesen und schreiben können, in den letzten 25 Jahren von einem auf ca. zwanzig Prozent. Auch geht jetzt etwa die Hälfte der Kinder zur Schule (wenn auch fünfmal so viele Jungen wie Mädchen). Aber bis zur vollen Ausweitung des Schulwesens bedarf es noch gewaltiger Anstrengungen. Und auch jetzt unterrichtet etwa die Hälfte der Lehrer ohne pädagogische Ausbildung.

Noch schwieriger sieht es im Gesundheitswesen aus. Nur ein kleiner Bruchteil der dörflichen Bevölkerung hat Zugang zu sauberem Trinkwasser oder benutzt Latrinen. Mit wenigen Ausnahmen erreichen die Gesundheitsdienste nur die Zentren. Außenstationen können oft nicht mit dem nötigen Jahresbedarf an Medikamenten, Impfstoffen und Verbandzeug versorgt werden, weil die Haushaltsmittel nicht ausreichen. Das Programm eines gut konzipierten nationalen integrierten Gesundheitsdienstes macht nur sehr langsame Fort-

schritte, weil die Fachkräfte und die Mittel fehlen, die außerdem noch für Spezialprogramme in der Malariabekämpfung, der Familienplanung usw. reichen müssen. So ist es zwar ein Fortschritt, wenn die durchschnittliche Lebenser-

Weiter Pharma-Tests an US-Häftlingen

Washington (ddp)

Die pharmazeutische Industrie der USA darf auch künftig Gefangene als Testpersonen für ihre Produkte einsetzen. Das sehen neue Vorschriften vor, die im Gesundheitsministerium ausgearbeitet wurden. In seinen Bestimmungen ist das Ministerium nur teilweise den Empfehlungen einer Untersuchungskommission gefolgt, die unter anderem angeregt hatte, den betroffenen Firmen Tests an Gefangenen nur dann zu gestatten, wenn sie dafür zwingende Gründe angeben können. Nach Bekanntwerden der Versuche, die der amerikanische Geheimdienst CIA mit Menschen unter Drogeneinfluß gemacht hat, ist in den USA die Opposition gegen derartige Tests rapide gewachsen.

Die USA sind der einzige Staat in der Welt, der Versuche auch mit potentiell tödlichen Drogen an Gefängnisinsassen offiziell zuläßt. So dürfen einige Firmen in bestimmten Gefängnissen eigene Labors unterhalten, um ihre Forschungen an Ort und Stelle betreiben zu können. Die pharmazeutische Industrie der USA testet etwa 85 Prozent ihrer Produkte an Häftlingen, bevor sie auf den Markt gebracht werden.

Ein im vergangenen Jahr veröffentlichter Untersuchungsbericht hatte nachgewiesen, daß die pharmazeutischen Firmen den Gefangenen zehnmal mehr für ihre Tätigkeit als Versuchskaninchen zahlen, als die Häftlinge mit anderen Arbeiten während ihrer Strafverbüßung verdienen können. Dennoch seien diese Testpersonen für die Drogenhersteller billiger als „jeder Freiwillige, der auf freiem Fuß ist“. In Haftanstalten nahmen die pharmazeutischen Firmen nach Angaben ihres Dachverbandes allein 1975 Versuche an mindestens 2400 Häftlingen vor.

Süddeutsche Zeitung, 29. 8. 77

wartung mit etwa 40 Jahren angegeben werden kann, aber noch immer ist die Kindersterblichkeit hoch, noch immer grassieren vermeidbare Infektionskrankheiten, noch immer ist Fehlernährung ein Grundproblem des Landes.

Die Zahl der Ärzte ist klein; 400 Mediziner bei einer Bevölkerung von 13 Millionen. Alle sind im Ausland ausgebildet, meist in Indien, manche auch als Fachärzte im Westen. Manche davon konzentrieren sich auf die im Ausland erworbene Spezialität. Diese sind es, die die Zusammenarbeit mit ihren Lehrern im Westen (oder auch im Osten) dankbar dazu nutzen, die modernen Geräte für Spezialbehandlungen zu bekommen, die sich das Land im Grunde nicht leisten kann und die selbst das Gesundheitsministerium nicht mehr anschaffen oder auch nur aus Entwicklungsmitteln anfordern würde.

Die Chancen für einen erfolgreichen Betrieb der künstlichen Nieren in Nepal mögen derzeit gering anzusetzen sein. Zunächst fehlt es an den Fachleuten. Daraufhin wurden nepalesische Ärzte zur Fortbildung in die Bundesrepublik eingeladen, damit sie lernen, mit dem Gerät umzugehen. So stehen die Apparate erst einmal auf Lager und müssen erweisen, ob sie den Unbilden des Monsunklimas gewachsen sind. Aber auch dann ist ihr Betrieb im Bir-Hospital von Kathmandu noch keineswegs gesichert. Die Schwierigkeiten der Energieversorgung, der Wartung, der Organisation und Personalplanung machen sich gerade bei komplizierten Prozeduren bemerkbar. Auch die Kosten werden schwer aufzubringen sein.

Dennoch erscheint der deutsche Beitrag nicht nur als eine wahrhaft artifizielle Randerscheinung, sondern geradezu als Belastung. Man muß sich nur einmal das Bir-Hospital ansehen, um das zu erkennen. Da müssen wichtige Operationen abgesagt werden, weil immer wieder keine Narkose verfügbar ist. Im ganzen Land gibt es sieben Anästhesisten, einer davon ist über 70 Jahre alt. Die Regierung besteht darauf, daß in allen vier Regionen des Landes wenigstens ein Narkosearzt verfügbar ist.

Doch der eigentliche Kern des Problems liegt darin, daß künstliche Apparaturen zu den Dingen gehören, die sich ein armes Land nicht leisten kann, solange die Mehrheit seiner Bürger die einfachsten Hilfen und Dienste der Gesundheitsversorgung entbehren müssen. Es ist unverantwortlich, dafür Fachkräfte und Mittel einzusetzen. Das hat Frau Dr. Nitzschke, eine in Kathmandu allseits anerkannte und geachtete Fachärztin, die seit sechs Jahren in Nepal als Mitarbeiterin von „Dienste in Übersee“ tätig ist, aufgrund ihrer Erfahrung mit Recht angemerkt. Es ist allenfalls bedauerlich, daß sie zunächst gegen eine Erörterung in der Öffentlichkeit war.

**Dr. Liane Nitzschke, Kathmandu am 21.6.1976
an Prof. Dr. Hans-Jürgen Holtmeier, Stuttgart-
Hohenheim**

... Ich habe lange überlegt und bin nun doch zu dem Ergebnis gekommen, daß ich Ihnen schreiben soll, um Dinge zu klären, die Sie vielleicht bisher nicht wußten

Ich bin Kinderärztin und arbeite seit über fünf Jahren im Shanta Bhawan Hospital, einem Missionskrankenhaus in Kathmandu. Dort bin ich für die Kinderabteilung zuständig. Von 145 Krankenhausbetten gehören 40 zur Kinderstation, sie sind oft mit 50 z.T. schwerkranken Kindern belegt. Außerdem werden in die Ambulanz täglich bis zu 170 Kinder gebracht, dazu kommt eine umfangreiche Privatambulanz...

Als ich im Oktober 1970 nach Nepal kam, dachte ich, Hilfe für dieses Land bedeutet für mich Behandlung kranker Kinder. Im Laufe der letzten Jahre hat sich meine Meinung entscheidend geändert, und ich glaube sagen zu können, der Wahrheit ein wenig nähergekommen zu sein, trotz aller Hilflosigkeit und Unsicherheit, mit der wir täglich zu kämpfen haben. Die Kurativmedizin ist in diesen Ländern nur dann gerechtfertigt, wenn sie zur Präventivmedizin führt. Mit anderen Worten: es ist nur berechtigt, Geld für die Behandlung eines schwerkranken Kindes auszugeben, wenn sich die Mutter zugleich von der Wichtigkeit der Impfungen, Ernährungsberatung, Hygiene und Familienplanung überzeugen läßt. Das Geld wäre immer viel sinnvoller in der Präventivmedizin angewendet, wir brauchen aber zur Zeit noch die kurative Medizin, um das Vertrauen der Bevölkerung zu gewinnen ... Drei Tage vor Ihrem Kommen hörte ich zum ersten Mal von Ihrer

Aktion, von der Schenkung der Dialyse-Geräte. Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie unglücklich ich über die Nachricht war. An dem Abend zuvor besuchte mich ein Mitarbeiter der Weltgesundheitsorganisation. Er hatte gehört, daß wir dank einer Privatspende aus Deutschland von DM 5.000,- zum ersten Mal in diesem Lande eine Masernimpfung durchführen konnten ... Die Masernsterblichkeit in Nepal liegt nach offiziellen Angaben bei 25 % ... Von den Herren der WHO erfuhr ich, daß zur Zeit noch Nepal 80 % des medizinischen Budgets für kurative Medizin ausgeben, eine erschütternde Angabe.

Ich darf gar nicht daran denken, wieviel medizinisches Hilfspersonal man für 600 000 Rs. hätte ausbilden oder Impfstoffe hätte kaufen können. Was mich vielmehr bedrückt, ist die Tatsache, daß die Benutzung der Dialyse-Geräte möglicherweise (!) 50 Menschen im Jahr hilft, das kurative Budget aber von 80 % noch erhöht, und tausenden von armen Menschen damit die notwendige Hilfe entzogen werden muß¹). Sie wissen selbst, wie viele Blutkonserven und Infusionslösungen für die Durchführung einer Dialyse notwendig sind. Besonders jetzt im Monsun kommen wir immer wieder in Situationen, wo Infusionslösungen wegen des erheblichen Mehrverbrauchs knapp oder nicht erhältlich sind, oft ein Todesurteil für die schwerdehydrierten Patienten. Fast alle Ausländer hier spenden Blut, da der durchschnittliche Hämatokrit der Nepali bei 30 % liegt, aber wollen wir es für die Dialyse tun? Wir erleben immer wieder Situationen, in denen wir Blut brauchen und uns keines zur Verfügung steht ...

Ich schreibe Ihnen das alles, weil ich als einzige deutsche Ärztin im Kathmandu-Tal immer wieder von ausländischen und Nepali-Kollegen daraufhin angesprochen wurde und man mich fragte, warum ich das Ganze nicht verhindern konnte...

Ich weiß, daß Sie alle das Beste für Nepal tun wollten. Vor 5 1/2 Jahren hätte ich das auch so gedacht. Heute weiß ich, daß Sie Nepal leider keinen guten Dienst erwiesen haben. Seien Sie mir bitte nicht böse, wenn ich das so offen ausspreche, sondern, um der Sache selbst willen, versuchen Sie, mich zu verstehen.

Sie werden fragen, warum die Nepal-Kollegen denn so dankbar reagiert haben? Nachdem ich mehr Einblick in die soziale Struktur des Landes habe, wundert mich das nicht. Leider steht Prestigedenken im persönlichen und beruflichen Bereich weit über sozialem und nationalem Empfinden ... Ein Urteil steht uns da nicht zu, denn wir kommen aus einer anderen Welt. . .

1) Anmerkung der Redaktion:

Wenn die Briefschreiberin von höchstens 50 Menschen im Jahr spricht, denen die Dialyse-Geräte in Nepal helfen können, denkt sie dabei offenbar nur an Patienten mit dauernd funktionsuntüchtiger Niere. Eine andere Anwendung der künstlichen Niere bietet sich gerade in Entwicklungsländern bei Frauen an, die an akutem Nierenversagen als Folge einer unter unhygienischen Bedingungen durchgeführten und deshalb septischen Abtreibung leiden (vgl. den Artikel über sozioökonomische Bedingungen für Krankheit in der Dritten Welt am Beispiel Rhodesien in diesem Heft). Der Hinweis darauf entkräftet jedoch nicht die Tatsache, daß es sich bei der Anschaffung von Dialyse-Geräten in Entwicklungsländern um einen Extremfall der zwar sehr einträglichen, aber wenig breiten- und tiefenwirksamen Kurativ-Medizin kapitalistischer Prägung handelt. Gerade dieses Beispiel zeigt nämlich, daß die Mittel für teure und komplizierte medizinische Geräte (unabhängig davon, wer sie aufbringt) sich sicher sinnvoller verwenden ließen: z.B. für ein Programm, das dafür sorgt, daß unhygienische und septische Abtreibungen nicht mehr vorkommen. Denn dies würde das Übel an der Ursache angehen, während sich mit Dialyse-Geräten – selbst wenn sie sich in zahlreichen Fällen septischer Abtreibung anwenden lassen – immer nur an Symptomen einer tiefgreifenden sozialen Krankheit der entwicklungsgehemmten und abhängigen Gesellschaft herumdoktern läßt.

Es gab hier Leute, die die ganze Aktion der künstlichen Niere durch die deutsche Presse bringen wollten. Ich habe mich sehr bemüht, das zu verhindern... Ich habe gehört, daß ein drittes Dialyse-Gerät auf dem Weg nach Nepal ist. Auch im Namen der deutschen Botschaft möchte ich Sie bitten, falls das noch zu ändern ist, das Gerät an das Gesundheitsministerium zu schicken. Das wäre die richtige Instanz. Die Nepal Medical Association ist nur eine Ständevertretung ähnlich der deutschen Ärztekammer und eigentlich nicht berechtigt, solche Schenkungen entgegenzunehmen...

Wie Sie wissen, gibt es in Nepal noch keine medizinische Hochschule, sondern nur ein „Institute of Medicine“. Dort werden Schwestern, medizinisch-techn. Personal und medizinische Hilfskräfte ausgebildet. Sollten Ihnen nochmals größere Summen zur Verfügung stehen, mit denen Sie Nepal helfen möchten, würde ich Ihnen raten, mit diesem Institut Kontakt aufzunehmen. Ich glaube, daß nur, wenn diesem armen Land genügend medizinisches Personal (möglichst einheimisches) zur Verfügung steht, wirklich geholfen ist. Bis dahin ist es noch ein weiter Weg...

**Prof. Dr. Hans-Jürgen Holtmeier am 1.7.1976 an
Dr. Liane Nitzschke**

... Ich habe nicht das geringste Verständnis für Ihre Ausführungen gegenüber der von der Deutschen Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der Inneren Medizin nach Nepal gebrachten Spende.

Ich kann auch nicht verstehen, wie Sie sich so negativ über Nepal äußern können und dort ärztlich tätig sind. Wenn Sie die Probleme der Entwicklungsländer, die ich genau so gut kenne wie Sie, nicht verstehen, sollten Sie in einem Land ärztlich tätig sein, in dem Ihre Erwartungen erfüllt werden. Die Tatsache, daß Sie in einer Angelegenheit und dann noch als Deutsche Schritte unternehmen, humanitäre Hilfsmaßnahmen in ihrer Auswirkung einzudämmen, ist geradezu unglaublich. Und noch unglaublicher ist es, daß Sie diesbezüglich sogar die Deutsche Botschaft angehen, die bisher in so rührender Weise die Angelegenheit unterstützt hat.

Ich glaube nicht in der Annahme fehlzugehen, daß Sie eventuell örtlich „Krach“ haben und Sie die nepalesischen Ärzte nicht akzeptieren. Wie anders könnte es sein, daß Sie drei Tage vor ihrem Kommen bereits gegen die Schenkung waren?...

Es waren nepalesische Ärzte, die uns gebeten hatten, daß sie speziell die Dialysegeräte haben möchten. Die deutsche Ärzteschaft hat sich bereit erklärt, die Unkosten für nepalesische Ärzte, bis auf die Reisekosten und den Aufenthalt, zu übernehmen. Inzwischen hat die nepalesische Regierung offiziell einen Antrag nach dort gestellt, wo die Angelegenheit bearbeitet wird.

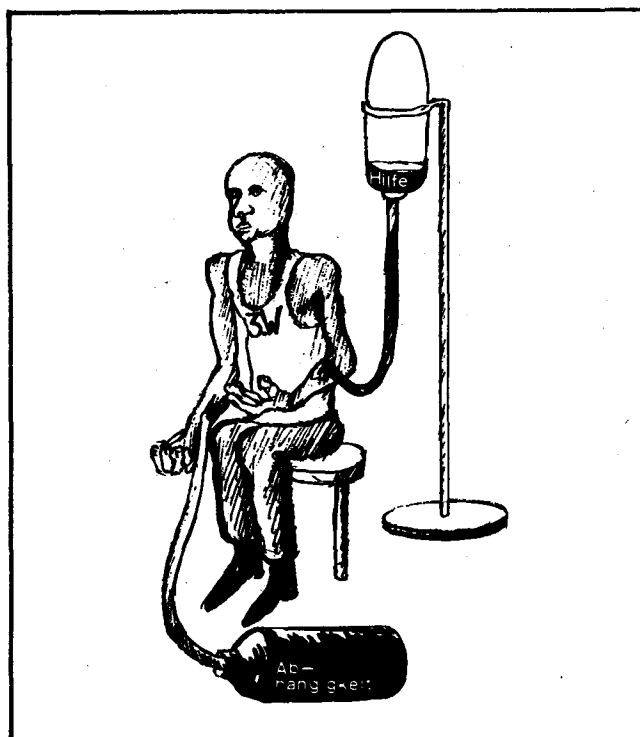
Außerhalb jeder Debatte steht sicher auch der kulturpolitische Effekt für die Bundesrepublik. Wenn Sie dagegen halten, was man für 600 000 Rupien hätte kaufen können, dann muß ich Ihnen sagen, daß zum Ankauf dieser Geräte kein einziger Pfennig bezahlt wurde, weil es möglich war, aus der Produktion der Firmen ein Gerät unentgeltlich zu bekommen. Rückschlüsse, daß damit notwendige Hilfe für arme Menschen entzogen worden wäre, sind völlig unbegründet und basieren auf Ihrer Unkenntnis...

Ich finde auch deprimierend, wenn Sie sagen, daß nur aus Prestigegründen die nepalesischen Ärzte so dankbar reagiert haben. Meine Kollegen und ich sind absolut sicher,

daß sie deshalb dankbar waren, weil wir ihren Wunsch erfüllen konnten...

Inzwischen haben sich in Deutschland auf Grund unseres Besuches in Nepal bekannte Gremien damit befaßt, Medikamente, Antibiotika usw. zu sammeln und nach Nepal zu senden. Die Störung aller dieser Entwicklungen nehmen Sie als Einzelperson auf sich, anstatt Nepal so schnell wie möglich zu verlassen, wo Sie ganz offensichtlich als Medizinerin nicht hingehören.

Es ist auch unzutreffend, daß die Nepal Medical Association, also unsere Tochtergesellschaft, nicht berechtigt wäre, diese Schenkung entgegenzunehmen, wenn wir dieser Gesellschaft diese Schenkung selber machen. Ich bedaure es ganz außerordentlich, daß es ausgerechnet eine deutsche Medizinerin sein muß, die sich hier so unheilvoll auswirkt...



**S. M. KÖNIG BIRENDRA VON NEPAL am 2.
MÄRZ 1977 AN DIE „NEPAL MEDICAL ASSO-
CIATION“**

Elementare Gesundheitsfürsorge (basic health) für jeden Nepalesen – Männer, Frauen und Kinder, in den Hügeln, über den Bergen oder in den Ebenen des Terai – ist das dringende Gebot des Tages. Die Dimension dieses Problems wird uns mit Gewalt deutlich, wenn wir erkennen, wie wenige Ärzte wir in unserem Lande haben. Heute brauchen wir nicht nur eine größere Zahl von medizinischen Fachkräften, sondern auch eine viel weitere Verbreitung von Wissen über Gesundheit, das man den Leuten selbst in abgelegenen Dörfern daheim erreichbar machen sollte. Ich meine, die Ärzte sollten die Schulen und andere Kommunikationsmedien für diesen Zweck nutzen. Die Verwendung aller nur erreichbaren Wege der Kommunikation wird um so wichtiger, weil es darum geht, die Vorbeugung vor Krankheiten statt ihrer Behandlung zu betonen...

Die Bedeutung der Volksmedizin für Gesundheitsstrategien in Chile

ASPEKTE DER CHILENISCHEN VOLKSMEIZIN BEI DER ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSSTRATEGIEN von Ursula Bernauer

Chile ist ein in Entwicklung befindliches Land. Sein fortschrittlicher nationaler Gesundheitsdienst (SNS), das hohe Niveau der medizinischen Fakultäten und die international anerkannten Erfolge der wissenschaftlichen Medizin haben bis heute die ungleichen Versorgungschancen der Bevölkerung nicht verbessern können. Während in den Städten der Zugang zu den ärztlichen Diensten räumlich, kulturell und finanziell gesichert ist, bleibt auf dem Land und in den explosionsartig entstandenen vorstädtischen Elendsvierteln (poblaciones) das Krankheitselend breiter Massen weiterhin ein ungelöstes Problem. Doch handelt es sich hier nicht nur um die Frage notwendiger Reformen und Verbesserung des Gesundheitssystems. Es kommt auch darauf an, die „kulturelle Barriere“ zu überwinden, die die unteren Schichten von den Vorstellungen und Standards der modernen Medizin trennt.

Weite Teile der ländlichen und randstädtischen Bevölkerung nehmen mit ihren Krankheitsnöten Zuflucht zur **Volksmedizin**, die von ihnen selbst praktiziert wird und die traditionelle Sicherheit für das Krankheitsrisiko darstellt. Sie existiert stillschweigend neben der offiziellen Medizin und wurde erst in den letzten Jahren unter dem Vorzeichen einer Reformpolitik auch im Gesundheitsbereich zur Kenntnis genommen. Seit der Machtübernahme durch das Militär im September 1973 sind alle diesbezüglichen Studien und Bemühungen wieder zunichte gemacht.

1. Eine These zur sozialen Bedeutung der Volksmedizin

Die Volksmedizin Chiles fällt gewiß nicht als klassische Eingeborenen-Medizin ins Auge. Eine solche wird nur noch von den Mapuche-Indianern des Südens durch ihre Priester-Arzt-Figur „Machi“ praktiziert und von den Indios der Atacama-Wüste im Norden Chiles. Sie machen insgesamt nicht mehr als 7% der Gesamtbevölkerung Chiles aus.

Die typische Volksmedizin ist vielmehr ein Konglomerat von Elementen aus der südamerikanischen Eingeborenen-Medizin, der in der Conquista eingeführten spanischen Medizin des 15./16. Jahrhunderts, der durch europäische Missionare verbreiteten Medizin des 18. Jahrhunderts und übernommenen Behandlungsmethoden der neuzeitlichen Medizinwissenschaft. Vielleicht ist gerade Chile als fortgeschrittenes Entwicklungsland mit seinen Akkulturationserscheinungen zwischen moderner und traditioneller Medizin und deren folgereichen Mißverständnissen ein interessantes Beispiel für zukünftige Reflexionen über Volksmedizin in Übergangsgesellschaften.

Die chilenische Volksmedizin verfügt neben dem Kodex von Erfahrungswissen und magisch-religiösen Praktiken über eine genaue Vorstellung, welche Krankheitsfälle behandelt werden sollen und durch wen. Die Agenten in der lokalen heilkundigen Laien-Hierarchie arbeiten als anerkannte Generalisten (machi, meica, curandera), von denen es allerdings außer in den Indianerdörfern nicht mehr viele gibt. Die Mehrzahl sind Spezialisten für bestimmte Krankheiten bzw. Behandlungsmethoden: yerbatera (Kräuterheilkunde), compositor (Knochenrenker), ensahumadores (Räucherbehandlungen), adivinos (Krankheitsdeuter), parteras (Geburtshilfe) und die große Zahl der entendidas oder curiosas

(heilbegabte Frauen), von denen man Hausrezepte und Ratschläge annimmt. Außer im Falle des compositor handelt es sich fast immer um Frauen, die untereinander in Konkurrenz stehen und eine bestimmte Patienten-Klientel haben.

Es fällt auf, daß die Volksmedizin vor allem da agiert, wo die Not am größten ist, nämlich in der Behandlung der am weitest verbreiteten Krankheiten mit den höchsten Mortalitätsraten.

So lautet die These:

Die Volksmedizin ist die herkömmliche, sozio-ökonomisch und kulturell bedingte Antwort auf die vorhandenen Gesundheitsbedürfnisse in den unterversorgten Gebieten, die von der offiziellen Medizin unzureichend erfaßt worden sind.

Die Dichotomie zwischen dem modernen Gesundheitssystem und der traditionellen Volksmedizin erzeugt auch eine Dichotomie der Krankheiten, d.h. die häufigsten Krankheiten mit Überlebenschancen erhalten von der Bevölkerung eine populäre Interpretation und werden damit zu populären Krankheiten, die innerhalb der Volksmedizin erklärt und behandelt werden. Je geringer der Ausbildungsstand und das Einkommen sind und je weiter die medizinische Versorgung entfernt ist, desto größer ist die Identifizierung mit der Volksmedizin. Sie ist bei den Betroffenen meist nicht unter diesem Namen bekannt, sondern wird beschrieben als „die Krankheiten, die der Arzt nicht kennt“. In ihrem Bewußtsein entsteht ein hoher Gewißheitsgrad über die Richtigkeit volksmedizinischer Erklärung und Behandlung, der später - etwa durch gesundheitserzieherische Kampagnen und Gesundheitsreformen - schwerlich geändert werden kann, wie zu zeigen sein wird.

So ergab eine Befragung von 200 stationären Patienten in der inneren Abteilung einer Universitäts-Klinik in Santiago de Chile (J.J. Aguirre-Hospital) im Jahre 1971, daß über 80% der Befragten über die populären Krankheiten Bescheid wissen und sie in den meisten Fällen auch nach traditioneller Art behandeln, da der Arzt sie nicht kenne oder verstehe. Dies soll erläutert werden an einem Beispiel.

2. Das Beispiel der kindlichen Sommerdurchfälle

Die Hauptursache der Kindersterblichkeit in Chile (79,3 auf 1000 Lebendgeborene, in einigen Provinzen bis 160 auf 1000) ist der Sommerdurchfall. Über dieses Krankheitsphänomen gibt es in der chilenischen Volksmedizin vier verschiedene Krankheitsbezeichnungen mit je eigener Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe. Es handelt sich um enfriamiento a la guata, empacho, lipiria und mal de ojo.

Die „wahren“, d.h. wissenschaftlich gesicherten Entstehungsursachen der Durchfälle wie Infektion, mangelnde Hygiene in der Säuglingspflege, Faktoren der Unterernährung, verseuchtes Trinkwasser oder schlechte Latrinen tauchen in der Volksmedizin nirgendwo auf. Dagegen werden in den genannten Volkskrankheiten verschiedene **Konzepte der Volksmedizin** sichtbar:

a) im Fall des **enfriamiento a la guata** (=Baucherkältung) wird die Krankheit durch natürliche Ursachen erklärt. Ihre Symptomatik (akute Gastro-enteritis, schleimige Durchfälle, Fieber, Erbrechen, Bauchschmerzen) wird auf das Konzept warm-kalt als substantielle Qualität eines Körpers oder einer Krankheit zurückgeführt und kann somit nur geheilt werden durch warme bzw. kalte Kontrast-Heilmittel, d.h. die Baucherkältung wird mit heißen Dämpfen und Kräuterinfusion behandelt. In der Patientenbefragung geben nur 17% von ihnen an, bei dieser Krankheit einen Arzt aufzusuchen, die anderen halten die *yerbatera* (Kräuterspezialistin) dafür zuständig.

b) bei **empacho** wird als Erkrankungsursache die Zerstörung der Gesundheit von außen angesehen. Empacho wird hervorgerufen durch verdorbenes Essen oder grüne Früchte oder das Verschlucken fremder Substanzen (Erde, Papier), die sich im Körper festsetzen an einer Membrane zwischen Nabel und Rückgrat. Auch besteht die Vorstellung, daß die Milch einer Schwangeren empacho hervorruft.

Die Symptome sind Fieber, Appetitlosigkeit, Erbrechen und Durchfall. Die Therapie von empacho besteht aus drei Teilen:

zuerst erfolgt die „Reinigung“ durch ein Abführmittel aus rohen Kartoffeln, Zitronensaft, Salz und Öl, damit das Objekt sich „lösen“ kann, das die Krankheit verursachte. Dies geschieht im Hause des kranken Kindes, während die hauptsächliche Behandlung bei einer *curandera* durchgeführt wird: der empacho muß „gebrochen“ werden. Die Lendenwirbel des Kindes werden ausführlich und heftig mit einem eingäscherten Zweig („Aschenblume“) massiert, bis ein dumpfer Ton erzeugt wird, der das Brechen des empacho anzeigt. Auf diese Weise erleiden die Kinder mitunter erhebliche Verletzungen. Der dritte Teil besteht aus Bettruhe und der Infusion von Kräutergetränken.

Empacho ist eine sehr verbreitet anerkannt Krankheit in

Empacho ist eine sehr verbreitet anerkannte Krankheit in den unteren Schichten Chiles und viele *curanderos* haben sich darauf spezialisiert. Bei den befragten Patienten geben nur 13% an, daß sie möglicherweise auch den Arzt zu Rate ziehen würden, die anderen bestehen auf dem Ritual des „Empacho-Brechens“.

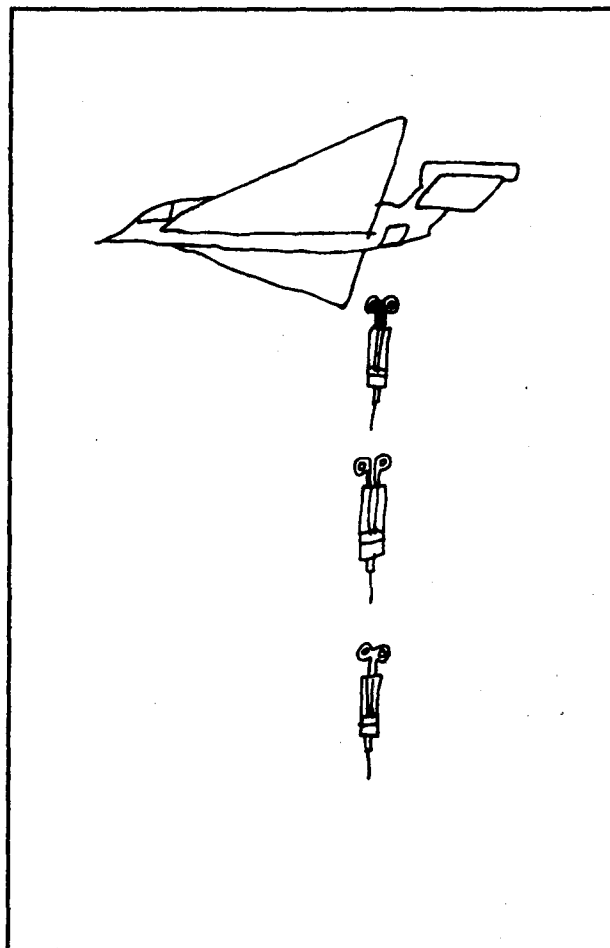
c) Bei **lipiria** liegen die Symptome ähnlich, die Krankheitsursache wird im gleichzeitigen Genuß gegensätzlicher Speisen gesehen, so z.B. Milch und einige Früchte, Rotwein und Melone, Fisch und Wasser. Die Unverträglichkeit beginnt sich nach den gleichen Konzepten, die in der kolonialen Medizin des 15.-18. Jahrhunderts gültig waren, nämlich in der Zuschreibung der Qualitäten warm und kalt, feucht und trocken zu bestimmten Speisen. Die Behandlungsmethoden mit Kräutergetränken, Tierexkrementen vom Pferd, Hund und Schaf (bekannt ist vor allem das getrocknete, weiße Hundeexkrement „Hunde-zucker“) und verbranntes Brot in Wasser getaucht stimmen mit den Rezepten der offiziellen Medizin des 18. Jahrhunderts in Lateinamerika überein.

d) Eine Krankheit mit rein magisch-religiöser Ätiologie ist das berühmte **mal de ojo**, die Krankheit des bösen Blicks.

Wenn eine Person mit „starkem Blut“ (d.h. Ausstrahlungskraft) oder eindringlichem Blick ein Kind betrachtet oder besonders freundlich zu ihm ist, kann dieses erkranken. Das kann vor allem geschehen durch „rituell unreine Personen“ wie Schwangere und menstruierende Frauen. Anfällig sind besonders hübsche und aufgeweckte Kinder. Doch können auch Erwachsene, Tiere und sogar Pflanzen dem bösen Blick zum Opfer fallen.

Symptome des **mal de ojo** sind wiederum Durchfälle, Fieber, Erbrechen und Schwäche. Für die Krankheitsdiagnostik ist die salzige Stirn von Bedeutung. Wenn die Krankheit sehr schwer ist und von den Angehörigen als „ojo“ interpretiert wird, erscheint der Tod als unausweichlich. Die Therapie besteht in erster Linie im Segen des Priesters oder einer älteren Frau, die „den Glauben und die Gabe zu Heilen besitzt“. Wesentlich dabei ist die Einhaltung der Zahl drei: drei Gebete und drei Palmkätzchen oder Palqui-Zweige (denen die Kraft der Hexenbanung zugeschrieben wird), mit denen das Kind bekreuzigt wird. Gesegnete Kräuter und gebrannter Zucker werden angezündet (*sahumerio*) und mit dem eingewickelten, in den Rauch gehaltenen Kind drei Kreuze bezeichnet. Daraufhin wird die Kleidung des transpirierenden Kindes gewechselt und die Krankheit soll damit von dannen ziehen.

Als beste Prophylaxe gegen das **mal de ojo** gilt das rote Bändchen („das Übel geht in das Rot“, oder „der Blick einer fremden Person wird nur noch auf das Rot fallen, nicht mehr auf das Kind“) mit einer Medaille, die bereits dem Neugeborenen umgelegt wird. Ein weiteres Schutzmittel gegen die oft tödliche Krankheit ist die häufig angewandte Formel „Gott schütze dich“ und gelegentlich die ausgesprochene Verdammung der krankmachenden Personen (*ojeadores*).



Im Falle der in ganz Lateinamerika verbreiteten magisch-populären Krankheit des „ojo“ wird die wissenschaftliche Medizin für völlig inkompetent erklärt, auch seitens der erwähnten befragten Patienten der Universitätsklinik. Der Arzt erscheint hier nicht einmal als mögliche Heilungsalternative. Dagegen wird häufig gesagt: „Die Ärzte lachen darüber nur, sie sagen, das sei Aberglauben von früher und behandeln das Kind so, als ob es eine andere Krankheit hätte“.

3. Ein Versuch von Gesundheitserziehung und Volksmedizin

Es ist hinlänglich bekannt, daß rationale Aufklärung über wissenschaftlich feststellbare Krankheitsursachen noch keine Einstellungs- und Verhaltensänderung bei den Betroffenen bewirken. Das gilt offenbar sogar dann, wenn eine Motivation besteht, über Krankheiten etwas zu lernen, um als freiwillige Gesundheitshelfer (auxiliares) in der community Führungsaufgaben zu übernehmen und dadurch die Gesundheitsmisere bessern zu helfen. So das Beispiel von 20 fleissigen Frauen aus einem Elendsviertel Santiagos, die vier Monate lang einem Kurs über Gesundheitsprobleme folgten. Ihre Lehrer waren Arzt und Hebamme des lokalen Consultorio und engagierte Medizinstudenten.

Sechs Unterrichts-Nachmittage handelten über Ursachen und Behandlung der gefährlichen Sommerdurchfälle; auch die populären Behandlungsweisen wurden diskutiert - dies nach anfänglichem Widerstand seitens der Frauen, weil man vor den Vertretern der offiziellen Medizin nicht als „abergläubisch“ gelten wollte. Erst nachdem ihnen erklärt worden war, daß die Volksmedizin in ihrem kulturellen Zusammenhang erkannt und auch positiv gesehen wurde, kam man darüber ins Gespräch. Umso eher schien damit eine Brücke geschaffen, um auch gemeinsam zu überlegen, wo die Nachteile der Volksmedizin lägen, wenn es um Leben oder Tod eines kranken Säuglings geht.

Am Ende des Kurses, als in der Prüfung jede der Frauen hersagen konnte, wie die Durchfallerkrankungen ihrer Kinder zu erklären und behandeln sind, wurde eine Test-Frage gestellt: „Was raten Sie Ihrer Nachbarin, deren Kind mal de ojo hat?“

Die Antwort aller darauf war einstimmig: die schreibkundigste Frau unter ihnen notierte sie auf ein Blatt Papier. Sie lautet:

„Wenn ein Kind mal de ojo hat, erkennt man das daran, daß die Stirn salzig ist. Das probiert man mit der Zunge. Auch sind die Augen ganz klein und wässerig. Wenn das Kind „ojo“ hat, erbricht es auch.

Um ihm zu helfen, legt man ein rotes Band mit Medaille auf seine Brust, man ruft den ganzen Namen des Kindes an, betet drei Vater unser von hinten nach vorn und Santa Maria mit der Anrufung der Heiligen Jungfrau von Carmel.

Ich glaube, wenn das nichts hilft und wenn das Kind auch kein „austo“ hat (eine andere psychologisch-magische Krankheit, d. Verf.) wäre ich dafür, daß man es zum Arzt bringt, damit er nachsieht.

Rosa Cerda,
Gesundheitshelferin des Consultorio Villa
O'Higgins

4. Mögliche Anknüpfungspunkte an die Volksmedizin

Das angeführte Beispiel der Gesundheitshelfer zeigte, daß medizinische Wissensvermittlung und Aufklärung selbst bei lernbereiten Personen nur sehr bedingt deren volksmedizinische Vorstellungswelt zu ändern vermögen. Es scheint hier das oft bestätigte Phänomen vorzuliegen, daß in Lateinamerika das Problem nicht darin besteht, daß in der Bevölkerung moderne Gesundheitsnormen etwa nicht bekannt wären, sondern vielmehr darin, daß sie bekannt sind, aber nicht befolgt werden. Im praktischen Gesundheitsverhalten besteht somit immer noch eine erhebliche Kluft zwischen wissenschaftlicher und traditioneller Medizin. Theoretisch kann man sich nun einige Möglichkeiten vorstellen (vgl. Referat Prof. Diesfeld), um die anfangs erwähnte kulturelle Schranke zwischen dem offiziellen Gesund-

heitssystem und den Einstellungen und Praktiken weiter Bevölkerungsteile zu durchbrechen.

a) Anknüpfen an vorhandenen Volksheilkundigen

Der direkteste Anknüpfungspunkt ist zweifellos der, die Volksmedizin zur Kenntnis zu nehmen, ihre Agenten ausfindig zu machen und nach Möglichkeit mit ihnen zu kooperieren. Dies umso mehr, als diese innerhalb der community Vertrauenspersonen sind und als Heilkundige Autorität genießen.

Seitens des chilenischen Gesundheitsdienstes wurde eine solche Kontaktnahme mit der Volksmedizin bislang nicht systematisch erprobt. Wohl gibt es vereinzelt Versuche auf lokaler Ebene, um miteinander ins Gespräch zu kommen.

In einer Arbeitervorstadt von Santiago de Chile, Renca, ging man z.B. 1960 der Frage nach, warum ca. 40% der Entbindungen nicht auf der Mütterabteilung des Hospitals, sondern zuhause mit Hilfe einer Volkshebamme (partera) stattfinden. Es zeigte sich, daß die Frauen die Hilfe einer kundigen Nachbarin und Freundin dem anonymen Rahmen eines Hospitals vorzogen. Man stieß dabei auf elf parteras in der community zwischen 50 - 80 Jahren, die alle eine lange Berufspraxis von 25 - 40 Jahren hinter sich hatten. Zum Teil Analphabeten, hatten sie die Geburtshilfetechniken von ihrer Mutter, einer anderen partera oder während einer befristeten Arbeit als Hilfskräfte in einem Krankenhaus erworben.

Einige von ihnen erklärten sich nach Gesprächen bereit, am Hygieneunterricht ihres Consultorio teilzunehmen, um ihre diagnostischen und therapeutischen Praktiken zu verbessern. Ein ungelöstes medizinisches und rechtliches Problem war, daß die Volkshebammen der poblaciones gleichzeitig Aborte durchführen (aborteras), und man sich daher seitens des Gesundheitsdienstes weigerte, ihre „Kompetenz“ durch Unterweisung zu erhöhen.

Im Hinblick auf die volksmedizinische Praxis der Durchfallbehandlungen als empacho oder mal de ojo wird in allen Studien zwar die große soziale Bedeutung der curandera erwähnt, ohne aber Wege einer Kooperation aufzuzeigen.

Die Möglichkeit, an vorhandenen populären Gesundheitsagenten anzuknüpfen, ist in Chile zu sporadisch wahrgenommen worden, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen für die Probleme des Macht- und Statuszuwachses einer curandera und des Abwägens der positiven und negativen Effekte für die community.

b) Schaffung neuer Volksheilkundiger

Dagegen gibt es in Chile eine Reihe von Erfahrungen, den umgekehrten Weg zu beschreiten, nämlich, einen populären „meico“ neu zu schaffen für die Behandlung wichtiger Krankheiten.

So hat man z.B. in einer Südpinz Chiles festgestellt, daß die Mütter, die ein Kind durch Tod verloren haben, nach einer Gesundheitsunterweisung besondere Autorität gewinnen, Wissen über Verhütung von Kindersterblichkeit zu verbreiten. Sie haben das Problem in der eigenen Familie durchlitten und erhalten dadurch eine Kraft, andere zu retten. Möglicherweise handelt es sich hier um eine anthropologische Grundgegebenheit der Indianerkultur (so auch z.B. bei den chilenischen Mapuche), daß derjenige, der eine Krankheit durchgemacht hat oder den Tod eines Kindes erlebte, „das Böse durch das Gute überwunden hat“ und daher das Leben gegen den Tod zu verteidigen in der Lage ist. (vgl. das Amt des Schamanen in einigen Ländern Asiens, das durch Vererbung erworben oder nach schwerer überstandener Krankheit ihm zugeschrieben wird)

Dieses Faktum bildet einen Teil der kulturellen Basis für die Gemeinwesenprogramme zur Alkoholismusbekämpfung in der chilenischen Arbeiter- und Landbevölkerung.

Zum näheren Verständnis dazu muß gesagt werden, daß Chile ein klassisches Weinland mit einer ausgeprägten Männerkultur (machismo) des Trinkens ist. Nach epidemiologischen Studien vom Jahre 1967 sind in chilenischen Arbeitersiedlungen mehr als die Hälfte der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre chronische Trinker oder Alkoholranke. Unfälle, Gewalttaten, Arbeitsunfälle und familiäre Zerrüttung gehen sehr zu Lasten des Alkoholismus, der eine der schwerwiegenden Folgeerscheinungen von Elend und Unterentwicklung in der chilenischen Arbeiterklasse ist und das größte sozialmedizinische Problem des Landes darstellt.

Da das Betrinken eine kulturelle Norm und Zeichen von Männlichkeit ist und außerdem dem Alkohol eine Reihe von positiven Eigenschaften zugeschrieben werden, wird freilich der Alkoholismus mit seinen Schäden nicht als Krankheit definiert. Dies nicht einmal im Falle der schweren Leberzirrhose, die im Volksmund „la Rosita“ heißt. Noch weniger gelingt es dem offiziellen Gesundheitsdienst, hier „von oben“ Abhilfe zu schaffen, abgesehen davon, daß die unzureichende medizinische Versorgung in den Barackensiedlungen gar nicht dazu in der Lage wäre.

Schon vor Jahren setzte an diesem Problem die Arbeit an durch Gründung von Alkoholikerclubs in den Elendsvierteln. Sie ist bemerkenswert, kann aber hier nicht näher beschrieben werden.

Wesentlich für den vorliegenden Zusammenhang ist der volksmedizinische Aspekt, der zusehends reflektiert und in die Praxis umgesetzt wurde. Man erkannte nämlich, daß der geheilte Alkoholiker die Funktion eines Volksheilkundigen ausüben und seine Autorität einsetzen konnte für die Behandlung seiner alkoholkranken Nachbarn und Freunde. Denn keiner versteht besser als er die damit verbundenen Nöte und ist seitens der Gruppe befugt, Kranke ausfindig zu machen, an ihnen eine Primärbehandlung mit **Chlorpromazin** durchzuführen und sie bei der Einhaltung der Abstinenz zu unterstützen und kontrollieren.

In den „Brigaden der Arbeiterbefreiung“ (so genannt, weil die Heilung des Arbeiters vom Alkoholismus eine konkrete Form der Befreiung darstellt) und den Alkoholismusprogrammen würde der geheilte Alkoholiker als eine leader-Figur zu einer wesentlichen Schlüsselperson zwischen seiner community und dem Gesundheitssystem. Er erhielt Unterricht über Ursachen und Folgen des Alkoholismus sowie die Behandlungsmethoden und Kriterien für die Weiterleitung des Kranken an einen Arzt. Damit hatte er ein rudimentäres Rüstzeug in der Hand für solidarische Erziehungsarbeit in seiner población, die ihn für diese Aufgabe akzeptierte. Ausgangspunkt dabei waren die eigenen Erfahrungen, die kulturellen Vorstellungen und wirtschaftlichen Elendsbedingungen, die er mit seinen Kranken teilte, die gemeinsame Sprache und die nachbarschaftlich-räumliche Nähe. Der neue Volksheilkundige für Alkoholismus war selbst in der Lebenswirklichkeit der Patienten verwurzelt und hatte damit eine Kontrolle über die Heilbehandlung, wie sie kein Arzt von außen hätte haben können und sei er noch so guten Willens.

c) Neudefinition der Volksmedizin im Zusammenhang mit einer politischen Bewegung

Das Beispiel Alkoholismusbekämpfung macht deutlich, daß dafür Rahmenbedingungen vorhanden sein mußten wie z.B. die Kooperation von Ärzten oder die Teilnahmebereitschaft der community.

Diese Bedingungen wurden in Chile beabsichtigt und teilweise erfolgreich geschaffen durch die seit 1964 einsetzenden Volksprogramme für die unteren Bevölkerungsschichten der „Promoción popular“* unter der Regierung Eduardo

* Regierungsprogramm von Frei

ANZEIGE

salma galal: emanzipationsversuche der ägyptischen frau

band 1 der reihe: frauen in der 3. welt
134 seiten / 8,- dm

„als arabische frau, die ich die widersprüche in meiner heimat am eigenen leib erfahren habe und durch den aufenthalt in der brd habe ich gelernt, daß die situation in ägypten für die frau, auch wenn äußerlich unterschiedlich, keine besondere ist, daß vielmehr die unterdrückung allgemein für alle frauen vorhanden ist.

meine arbeit ist ein versuch zu belegen, daß die lösung der frauenfrage in ägypten sich nicht durch eine europäisierung der gesellschaft erreichen läßt...“

verlag frauenpolitik
münster wolbeckerstr. 78

Frei 1964 - 1970 und insbesondere durch die Mobilisierungsprozesse während der refompolitisch bedeutsamen Regierungszeit von Salvador Allende 1970 - 1973. Es setzte sich politisch eine immer größere Orientierung an den Bedürfnissen des Volkes und die Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen der unteren Schichten durch, die praktisch zwar nicht immer auch Verbesserungen für die Armen bedeuteten, aber dem Druck von unten Möglichkeiten zur Artikulierung gaben.

So auch im Bereich des Gesundheitswesens, das dezentralisiert und demokratisiert werden sollte. Gesundheit wurde als ein Recht für alle anerkannt, um das zu kämpfen sich lohnte.

Das Volk selbst machte sich zum Anwalt seiner Interessen und bekam durch gesetzlich verankerte Organismen wie lokale Gesundheitsräte und organisierte Gesundheitshelfer das Recht, bei der Lösung der Gesundheitsprobleme mitzuzentscheiden.

Auf diesem Hintergrund erhielt die Volksmedizin einen neuen Stellenwert. Einige Fachkräfte aus den Gesundheitsbehörden und medizinischen Fakultäten begannen, sich für das Phänomen der Volksmedizin zu interessieren und ernst zu nehmen. In einem neuen Handbuch des Gesundheitsministeriums über die Krankheiten des Kindes für die Bevölkerung im Januar 1973 z.B. erscheint nicht nur die „richtige“ Erklärung über die Sommerdurchfälle, sondern auch eine freundliche Auseinandersetzung mit den Volkskrankheiten empacho und mal de ojo. Erstmals befaßte sich ein medizinisches Universitäts-Seminar mit der Volksmedizin und Studenten, die freiwillige Arbeit in den Elendsvierteln leisteten, bezogen sie in ihr Arbeitsprogramm mit ein.

Das quantitativ Neue aber liegt auf einer anderen Ebene: Es war nun möglich geworden, die Diskussion über Volksmedizin nicht mehr nur an den Volksheilkundigen dingfest zu machen, sondern an der Bevölkerung selbst. Durch ihre aktive Einbeziehung in die Reformbewegung wurde sie ermutigt, ihre Lebensbedingungen zu überprüfen und sich für ihre Verbesserung einzusetzen: so konnte sie auch ihre Vorstellung von der Welt - und die Volksmedizin ist ein Teil davon - in anderem Licht sehen. Das wachsende Bewußtwerden über die eigene Geschichte der Unterentwicklung und Ausbeutung vermochte u.a. das eigene Gesundheitsverhalten neu zu interpretieren.

Einige Aussagen von Elendsbewohnern um Santiago, die als *milicania* für die Gesundheitsbelange ihrer community gewählt waren, mögen das erläutern. „Natürlich heilen wir selbst das mal de ojo“, sagte die eine und erzählte, daß sie früher auch Behandlungen gegen Entgelt durchführte. „Aber das war Unwissenheit von uns. Wir kannten nichts anderes. Es war auch eine Form von Ausnutzung. Heute haben wir eine Gesundheitsfront, die für die Leute sorgt und zum Arzt bringt, der uns versteht. Da brauchen wir die *curandera* nicht mehr“. Eine andere spricht davon, daß Frauen zur *curandera* gehen aus Unwissenheit und weil sie kein Geld haben. 150 Jahre lang habe man ihnen vorenthalten, daß ärztliche Versorgung auch für sie da sei und man habe sich erst überwinden müssen, zum Arzt zu gehen. Jetzt ändere sich das allmählich. „Wir lernen dazu und setzen das Leben unserer Kinder nicht mehr auf's Spiel. Wir haben selbst einen Arzt zu uns verpflichtet und ein Licht ist jetzt aufgegangen“.

Die dritte berichtet kuriose Geschichten von Wunderheilungen durch *curanderas*, an die sie selbst glaubt. „Denn der schwarze Käfer im Bauch des Kindes ist wie ein Dämon“, sagt sie. (*empacho*) Gleichzeitig beteuert sie, daß in ihrem Viertel nur Latrinen gebaut wurden, um die Mückenplage einzudämmen. Es seien bereits weniger Säuglinge gestorben als im Vorjahr. Im Consultorio hängt eine Schautafel. Bald brauche man die Arme-Leute-Medizin der *curandera* nicht mehr, weil die Nachbarschaft und Gesundheitsdeligierte sich um die kranken Kinder kümmern, für das Milchprogramm sorgen und sie zum Arzt bringen. Doch sollen die *curanderas* nun nicht an den Rand gedrängt werden, sie hätten jahrzehntelang gute Arbeit geleistet und verdienten Dankbarkeit.

Aus diesen Meinungen spricht die Kenntnis und Vertrautheit mit der volksmedizinischen Praxis, die nicht abgelehnt wird, obwohl die Informantinnen sich Gesundheitsdeligierte nennen für ihre Viertel. Wesentlich dabei ist aber, daß die Volksmedizin von den Betroffenen in ein integrales Konzept eingebaut werden kann, **warum** sie existiert und so bedeutsam war oder ist. (Armut, Unwissenheit) Das gab ihnen vermutlich auch die Freiheit, vor einem „professional“ so offen zu reden, von dem sie ja wissen, daß er anders denkt. Damit ist auch schon ein Weg gebahnt, einen Schritt über die Volksmedizin hinauszumachen und sie zu relativieren angesichts der Hoffnung, in Zukunft auf einen medical service rechnen zu können, den sie nicht mehr als Fremdkörper empfinden.

Dazu sind allerdings zwei Dinge zu berücksichtigen: einmal, daß diese Frauen in gut und erfolgreich organisierten poblaciones zuhause waren und mit den für die Armen engagierten Medizinstudenten und dem Gesundheitspersonal ihres Consultorio positive Erfahrungen gemacht hatten. Zum anderen verstanden sich diese Leute als Agenten eines globalen soziokulturellen und politischen Veränderungsprozesses, in dem jeder gesellschaftliche Bereich in Bewegung geraten war, so auch die medizinische Versorgung.

Auf diesem Hintergrund also konnte die Bevölkerung selbst allmählich die irrtümlichen Vorstellungen im Gesundheitsbereich modifizieren und gegenseitig korrigieren.

Dieser Aspekt ist umso wichtiger, wenn man bedenkt, daß in den unteren Bevölkerungsschichten das Laiensystem der Verwandten, Nachbarn, Paten (*compadres*) und Freunde die wesentliche Instanz ist, wo Entscheidungen fallen, Meinungen ausgetauscht werden und Beistand gewährleistet wird. Man nimmt sich gegenseitig als Lebensorientierung und hat gegenüber den Phänomenen Krankheit und Tod eine Art „kollektives Bewußtsein“, wo für eine abweichende individuelle Vorstellung kein Raum vorhanden ist. Dazu kommt, daß in einer Übergangsgesellschaft wie der chilenischen im Unterschied zu einer Stammesgesellschaft die Zuweisung der volksmedizinischen Positionen nicht mehr eindeutig an ganz bestimmte Personen erfolgt, sondern viele Personen auf lokaler Ebene Volksmedizin praktizieren. Während die von allen anerkannten „*meicas*“ immer seltener zu finden sind, geht man vor allem zu den „guten“ Nachbarinnen, die etwas verstehen, Autorität haben und die „Gabe zu heilen“ besitzen, weil sie mit den „Geheimnissen der Natur“ umzugehen wissen, zur *curiosa*, *entendida* oder oftmals einfach „*Senora*“ genannt.

Diese Gründe sprechen dafür, daß die Einbeziehung der Volksmedizin in Gesundheitsstrategien bei sukzessiver Eliminierung ihrer negativen Elemente am besten durch den internen Lernprozeß der ganzen Gruppe bzw. community gewährleistet ist. Das bedeutsame soziale Beziehungsgeflecht, die Solidarität im Krankheitsfall und Gegenseitigkeitskontrolle werden somit nicht durch die Verpflichtung zu fremden Normen einer individualistisch betriebenen Medizin zerstört, sondern gerade als Motor eingesetzt zu authentischen Entwicklungsprozessen von unten, um mehr zu lernen, zu wissen, zu verstehen. So wie Juanita, eine fünfzehnjährige Delegierte für Gesundheit in ihrem Viertel sagte: „Wie werden wir so dumm sein und nicht auch Medizin lernen. Wir können die Kranken aus dem Volk besser verstehen, weil wir auch vom Volk sind und wissen wo es brennt! ... Wir organisieren uns und kommen aus der Unwissenheit heraus. Man hat noch nirgendwo eine Revolution gemacht, in der alles vom Himmel fällt.“



Literaturhinweise:

M.E. Grebe, D. Rajs, J. Segura: *Enfermedades populares chilenas: estudios de 4 casos* in: Cuadernos de la realidad nacional, Nr. 9, September 1971. CEREN, Universidad Catolica de Chile.

Ozzie G. Simmons: *Popular and Modern Medicine in Mestizo Communities of Coastal Peru and Chile*, in: D.D. Apple (Ed.), *Sociological Studies of Health and Sickness*, New York, McGraw-Hill, 1960, pp. 69-87.

U. Bernauer, E. Freitag: *Poder popular in Chile am Beispiel Gesundheit, Dokumente aus Elendsvierteln*. Verlag Laetare, 1974.

Eliane Cuello et al.: *Estudio antropologico de las diarreas infantiles en la comuna de Renca, Santiago de Chile*, in: Boletín de la oficina sanitaria panamericana Vol XLVII Nr. 4, 1959, S. 323-329.

A. Maria Contu Villanueva et al.: *Enfoque antropologico del embarazo, parto y puerperio*, Examensarbeit an der Escuela de enfermeria, Universidad de Chile, 1960.

Autorenkollektiv chilenischer Medizinstudenten: *Neue Wege in der Bekämpfung des Alkoholismus - Die Brigaden zur Arbeiterbefreiung*, in: „Neue Praxis“, 4. Quartal 1974, S. 359-365.

Manual de salud Nr. 1, Ministerio de salud publica de Chile, 1973, Verlag Quimantu.

Der Aufsatz ist erschienen in: „Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“-Verhandlungen des 2. Rundgesprächs „Ethnomedizin“ in Heidelberg, 29./30. 11. 74; hrsg. Ekkehard Schröder, Wiesbaden 1977

Ein sinnvolles Gesundheitsprojekt in Chimaltenango (Guatemala)

„EL PROYECTO DE DESARROLLO DE CHIMALTENANGO“

AUSWERTUNGSBERICHT ÜBER EINEN ARBEITS-UND STUDIENAUFENTHALT MIT ASA-76 IN GUATEMALA

Ernst Pfeiffer

Vorbemerkung:

Angesichts der Funktion der Medizin unter hiesigen Verhältnissen und der patientenfeindlichen, menschenverachtenden Art und Weise ihrer Anwendung stellt sich für viele medizinisch Arbeitende die Frage nach einer anderen, besseren, „alternativen“ Berufsausübung. Ein schnelles Resignieren an den beschränkten Möglichkeiten hier und jetzt hat zu einem regen Interesse an der Medizin in der Dritten Welt geführt.

In einem Land der 3. Welt medizinisch zu arbeiten, erscheint vielen, die die Nase einfach voll haben, als beste Möglichkeit, die eigenen beruflichen und auch politischen Ansprüche einzulösen, bzw. den hier immer wieder auftretenden Widerspruch zwischen beiden zu beseitigen. Dieser Bericht, der ursprünglich als offizieller Auswertungsbericht verfaßt wurde, soll Material dazu liefern, diese Frage besser bearbeiten zu können.

Die Informationen beziehen sich auf eine dreimonatige praktische Mitarbeit in dem beschriebenen Projekt als ASA-Stipendiat nach der Medizinalassistentenzeit.

1. Einleitung

Bis ca. 1960 war medizinische Versorgung in Lateinamerika, sofern überhaupt vorhanden, fast ausschließlich aus Industrieländern importiert worden und ging an den Bedürfnissen der Bevölkerung in den verarmten ländlichen Gebieten vorbei. Durch die Charta von Punta del Este (1961) versuchte die OPS (Organisation Panamericana de Salud) Gesundheitsplanung in nationale Entwicklungspläne zu integrieren, die Verbesserung der sozialen Lage sollte automatisch der erhofften wirtschaftlichen Entwicklung folgen. Ein Heer von „Planungsfachleuten“ wurde ausgebildet, quantifizierende Kosten-Nutzen-Analysen nach der sog. CENDES-OPS-Methode wurden erstellt, jedoch wurde nicht von den Bedürfnissen der Betroffenen ausgegangen, vielmehr sollten unter dem Schlagwort „Participacion popular“ z.B. Bevölkerungskomitees zu Erfüllungsgehilfen einer von außen vorgegebenen Gesundheitspolitik gemacht werden.

Es zeigte sich, daß dieses technokratische Konzept scheiterte. ¹ Ein großer Teil der Planungs- und medizinischen Fachkräfte fiel dem sog. „brain-drain“ zum Opfer; ca. 75% der „Gesundheitsressourcen“ konzentrierten sich in den großen Städten, während 80% der Ortschaften unter 2000 Einwohner (in denen 75% der lateinamerikanischen Bevölkerung leben) über keinerlei medizinische Einrichtungen verfügt. So konzentrieren sich auch in Guatemala 80% der Ärzte in der Hauptstadt, wo 20% der Bevölkerung leben.

Angesichts dieses Dilemmas, das sich z.B. in Guatemala in einer extrem hohen Kindersterblichkeit von ca. 40% in den ersten 7 Lebensjahren ² äußert, wurde im „proyecto de desarrollo de Chimaltenango“, das 1964 auf Initiative des US-amerikanischen Arztes Behrhorst entstanden war, versucht, einen anderen Weg einzuschlagen.

Man ging davon aus, daß eine Versorgung mit medizinischem Fachpersonal, v.a. Ärzten, nicht erreichbar und auch

unnötig ist, da die große Mehrheit der Aufgaben bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Landbevölkerung keine spezialisierte Ausbildung erfordert. Man ging davon aus, daß nur der Bruch mit der „modernen“, industrialisierten Medizin und mit dem Monopol der Ärzte das Aufpfropfen eines kostenspieligen und den Betroffenen fremden Systems verhindern kann. Behrhorst hatte zunächst kein fertiges Konzept. Er versuchte, das Leben der Cakchiquel-Mayas und ihre gesundheitlichen Probleme (im weitesten Sinne) kennenzulernen und zu verstehen. „Von unseren indianischen Freunden haben wir mehr gelernt als wir ihnen beigebracht haben...“ ³

So gelang es, das Vertrauen der Leute zu gewinnen, und von Anfang an wurden einheimische indianische Männer und Frauen dazu ausgebildet, wichtige Aufgaben zu übernehmen, um die Idee eines autonomen Charakters des Projekts zu verwirklichen. Behrhorst selbst schreibt dazu: „Jemand, der eine Arbeit nicht in einer Form plant, daß andere (- damit sind die Leute am Ort gemeint -) sie allein fortsetzen können, hat seine Aufgabe schlecht erfüllt. Die institutionalisierte Wohltätigkeit vom Ausland her dient zu nicht mehr als zur eigenen Selbstbefriedigung.“ ⁴

Ausgangspunkt und Kernstück des Projekts war (und ist auch heute noch) natürlich die medizinische Versorgung. Die ganz überwiegende Mehrheit der im departamento von Chimaltenango vorkommenden Krankheiten sind leicht zu erkennen und leicht zu behandeln: es handelt sich um Durchfallerkrankungen meist harmloser Art und um Erkrankungen der Atemwege. Nachdem anfangs alle Patienten ambulant oder stationär in der Klinik behandelt wurden, ging man später dazu über, die Versorgung der ambulanten, leichter kranken Patienten in die Hände der „promotores de salud“ zu legen. Anhand dieser promotores, die selbst campesinos oder minifundistas sind, die auch Cakchiquel sprechen und in der gleichen Kultur verankert sind wie die Menschen, die Hilfe brauchen, läßt sich wohl am besten der Gedanke und die Praxis des hier beschriebenen Projekts verstehen. Solch ein promotor, ein „Nachbar“ also, wird natürlich viel eher als „Therapeut“ und darüberhinaus als „Katalysator“ auf Gebieten wie Hygiene, Familienplanung, Verbesserung landwirtschaftlicher Produktionsmethoden etc. akzeptiert als ein „Professioneller“, der von außen oder gar als Ausländer in die Gemeinde kommt.

In dieser Auswahl der Aufgaben der promotores wird deutlich, daß von Beginn an versucht wurde nicht bei der reinen kurativen Medizin stehen zu bleiben. Die materielle Basis der meisten Erkrankungen in dieser Region ist die Unter- bzw. Fehlernährung, die besonders die Abwehrkräfte der Kinder beeinträchtigt, da sie einen höheren Bedarf an Proteinen haben. Und die Unterernährung wiederum hat ihre Ursache in dem Landmangel der indianischen Bevölkerung, in der eklatanten Ungerechtigkeit in der Verteilung des Bodens. 70% der landwirtschaftlichen „Betriebe“ sind zwischen 1-20 ha groß, aber sie nehmen nur 5% der landwirtschaftlich genutzten Fläche ein; dagegen nehmen die wenigen Betriebe der Reichen bzw. der Regierung die über 1000 ha groß sind 41% der Nutzfläche ein. ⁴ (Eine ausführliche Darstellung zu dieser Problematik siehe bei ⁵).

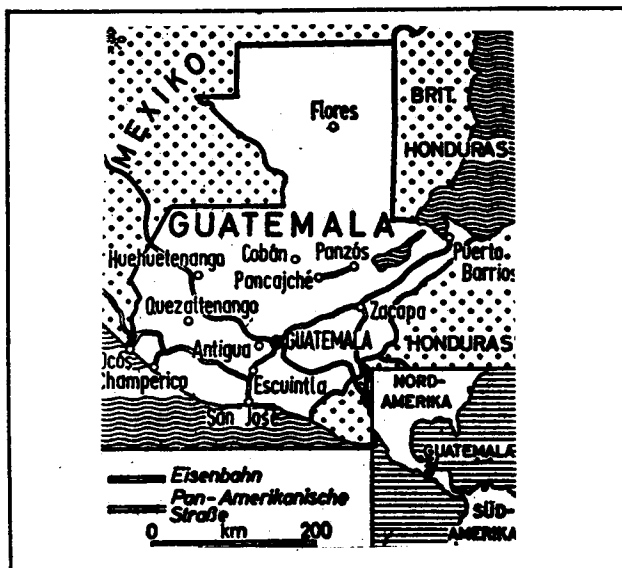
Diesem Problem versucht man in der Arbeit des Projekts zumindest ansatzweise gerecht zu werden.

Dieser Bericht stützt sich v.a. auf Beobachtungen, Gespräche etc. während meiner fast dreimonatigen praktischen Mitarbeit in der Klinik des Projekts von August bis Novem-

ber 1976. Die verwendeten Daten über die Bevölkerung der Region und die Arbeit der promotores sind einer großangelegten Evaluation entnommen, die im Auftrag der Behrhorst-Foundation Ende 1975 von einer Arbeitsgruppe der Universität von Pennsylvania in Chimaltenango durchgeführt wurde. (Dabei wurden u.a. 40 promotores und 796 Familien interviewt. Die Ergebnisse sind noch unveröffentlicht, ihre Verwendung wurde mir von den Autoren jedoch gestattet.) Angesichts dieser gerade abgeschlossenen Untersuchung, die für alle Mitarbeiter, besonders die promotores, doch eine erhebliche Belastung und auch Verunsicherung mit sich gebracht hatte, wurde unsererseits auf eine erneute systematische Befragung größeren Ausmaßes verzichtet.

2. Die Bevölkerung der Region

Das Einzugsgebiet des Projekts deckt sich in etwa mit dem departamento Chimaltenango, einem fruchtbaren Hochland, in dem ca. 300 000 Menschen, davon etwa 75% Indigenas, leben. Haupterwerb ist die Landwirtschaft: von den o.g. befragten Familien waren 80,3% der Väter Bauern, 5,4% Tagelöhner, 1,3% Angestellte der Regierung, 0,3% ohne jede Beschäftigung und 12,8% gingen einer Privatarbeit nach. Von den Bauern hatten 58,3% eigenes Land, 21,1%



gepachtetes und der Rest bewirtschaftete beide Arten von Land. Teilt man die von den einzelnen Familien bewirtschafteten Flächen in ökonomische Standards ein (nach Betriebsgröße in cuerdas; 1 manzana = 6 cuerdas = 0,6 Hektar), so findet man: 12,3% niedriger Standard (0-20 cuerdas), 61,2% mittlerer Standard (21-60 cuerdas) und 26,5% hoher Standard (über 60 cuerdas). Hauptanbauprodukte sind Mais und Bohnen zur Deckung des Eigenbedarfs, daneben werden seit einigen Jahren vermehrt Weizen, Kartoffeln, Gemüse und Obst angebaut, die z.T. über die große Kooperative Katoki-Quetzal (z.Z. etwa 2000 Mitglieder), z.T. auf den lokalen Märkten verkauft werden. Relativ viele Familien halten sich Hühner, jedoch werden die Eier und das Fleisch wegen des hohen Preises meist auf den Märkten verkauft und gehen so nicht in die Versorgung, v.a. der Kinder, mit tierischem Eiweiß ein. Viehhaltung stellt eine große Ausnahme dar.

Die Religionszugehörigkeit wurde von den Befragten wie folgt angegeben: 67% katholisch, 21% evangelisch (meist Sekten US-amerikanischer Provenienz, die das Land geradezu überschwemmen!), 3% andere und 8% ohne Angabe. Dazu ist zu sagen, daß der Einfluß der traditionellen indianischen Religion, besonders im katholischen Glauben, noch vorhanden ist. Beispiel sind die „cofrades“, religiöse Bruderschaften, die nur in loser Verbindung zur Kirche stehen und in denen Feierstunden in Cakchiquel, der Mayasprache der Region, zelebriert werden.

Die Analphabetenrate betrug 57% unter den Erwachsenen. Die Kinder besuchen heute ganz überwiegend die Schule, die meist auch in entlegenen Dörfern vorhanden ist, allerdings endet der Schulbesuch in den meisten Fällen nach 4 Schuljahren, weil sie danach von der Familie zu landwirtschaftlichen bzw. Hausarbeiten herangezogen werden. Die Kinderzahl ist hoch, sie betrug bei den befragten Familien im Durchschnitt 4, jedoch sind 8 oder 10 Kinder keine Seltenheit. Wohn- und hygienische Verhältnisse: 86,4% der besuchten Häuser hatten Erdfußboden, die Wände bestehen fast immer aus „adobe“ (Lehmziegel), Dächer sind aus Ziegel oder Wellblech. (Diese Bauweise war übrigens ein wichtiger Grund für die hohe Zahl an Opfern des nächtlichen Erdbebens im Februar 1976, besonders unter der armen Landbevölkerung: die nur locker erbauten Lehmziegelwände fielen zusammen und die Dächer erschlugen viele Schlafende.) Meist sind die Häuser unterteilt in einen Wohn/Schlafbereich - die überwiegende Mehrzahl schläft auf erhöhten Holzpodesten - und die Küche, d.h. einen Raum mit offenem Feuer.

Elektrizität gibt es nur in einigen größeren Ortschaften (municipios). Transistorradios sind verbreitet, 60% der befragten Familien besaßen eines. 50% besaßen eine Latrine. Die Trinkwasserversorgung wird überwiegend aus Gemeinschaftsbecken oder -brunnen bestritten.

Morbidität und Verhalten im Krankheitsfall:

Die letzte Person, die erkrankte, war meist ein Kind (44%), danach die Mutter in 29% und der Vater in 16% der Fälle. Entsprechend waren über 1/4 der zuletzt erkrankten Familienmitglieder unter 5 Jahren alt, während die über 50jährigen - entsprechend der niedrigen Lebenserwartung - nur in 15% der Fälle betroffen waren. Der Zeitpunkt der Erkrankung lag in 1/3 der Fälle innerhalb des letzten Monats. Folgende Erkrankungen wurden als häufigste angegeben: Durchfall 11%, andere gastrointestinale Erkrankungen 18%, Grippe 11%, Atemwegerkrankungen 10,5%, Fieber 9%. (Solche empirischen Untersuchungen in anderen Kulturen sind natürlich mit Vorsicht zu genießen, besonders wenn es um Begriffe geht, die so stark kulturell verschieden bewertet werden wie z.B. Krankheit; s. dazu: G. Devereux 6)

Im Krankheitsfall wurden in 44% zunächst Hausmittel angewendet, wobei nicht genau differenziert werden konnte, was alles darunter zu verstehen ist; traditionelle Mittel?, in der Apotheke gekaufte Medikamente? etc. Wurde eine andere Institution/Person wegen der Erkrankung aufgesucht, so ergab sich folgende Häufigkeitsverteilung: promotore 23,4%, Sanitätsstation der Regierung 18,6%, Apotheke 18% und „andere medizinische Institutionen“ (Behrhorst-Klinik, Privatarzt und traditionelle Heiler („curanderos“)) 39,3%.

Die direkte Frage, ob sie zum promotore gegangen sind, als sie das letzte Mal krank waren, beantworteten 20,8% der Befragten positiv. Dazu ist zu ergänzen, daß ein relativ hoher Anteil der Befragten aus größeren Ortschaften stammte, wo die Auswahl an medizinischen Ressourcen größer ist, und daß für einen Teil der Befragten kein promotore in unmittelbarer Nähe erreichbar war.

3. Aufbau und Arbeit des Projekts

Eine Darstellung von Geschichte und Entwicklung des Projekts ist nicht Aufgabe dieser Arbeit, sie findet sich ausführlich in dem Buch „Arzt und Mayas“ von E. Barton 7.

Heute sind die wichtigsten Teile des Programms die folgenden:

- die „promotores de salud“ (s. Abschnitt 4)
- die Klinik mit stationärer und ambulanter Behandlung von Patienten in Chimaltenango (s. Abschnitt 5)
- das „programa de extension“ mit den beiden Supervisoren der promotores
- die „fundacion ULEU“ zum Ankauf von Land.

Finanzen

Finanziell ist das Projekt überwiegend von Spenden aus dem Ausland abhängig. Einen direkten Einfluß der Spender auf die inhaltliche Gestaltung der Arbeit konnte ich nicht feststellen. Diese Spenden (z.B. von Organisationen wie „Public Welfare“, „Brot für die Welt“ etc. aber auch von Privatleuten v.a. aus den USA) gehen über die „Behrhorst-Foundation“ mit Sitz in New York nach Chimaltenango. Weitere Einnahmen kommen aus den Behandlungsgebühren, die die Patienten selbst zahlen: für einen Tag stationäre Behandlung werden durchschnittlich 2,50, für eine ambulante Behandlung ca. 1,- DM berechnet, sofern die Patienten bzw. ihre Familien zahlungsfähig sind. Es wird zwar oft Kredit gegeben oder die Kosten werden sogar erlassen, im Prinzip wird jedoch daran festgehalten, daß die Leute ihre Behandlung selbst zahlen. Einmal verspricht man sich dadurch eine größere Eigenverantwortlichkeit in Beziehung auf die Erhaltung der Gesundheit und eine größere Bereitschaft zur Teilnahme an hygienischen und präventivmedizinischen Maßnahmen. Zum anderen ist die Unabhängigkeit von ausländischen Geldgebern weithin das Ziel, was natürlich noch in weiter Ferne liegt. Zur Sicherung wenigstens einer minimalen finanziellen Autonomie wird deshalb diese Eigenbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten als notwendig angesehen. Ein überraschender Nebenaspekt wurde von den Mitarbeitern zusätzlich erwähnt: eine Behandlung, die nichts koste, gelte bei den Leuten auch als schlechte Behandlung.

Von dem eingegangenen Geld bestreitet dann die Verwaltung die laufenden Kosten wie Löhne für die fest angestellten Mitarbeiter, Medikamente etc. Darüberhinaus gibt es noch zweckgebundene Spenden für besondere Projekte, z.Z. läuft ein großes Projekt zur Versorgung der abgelegenen Dörfer mit sauberem Trinkwasser, wofür während meiner Anwesenheit die ersten Daten über die promotores gewonnen wurden.

Zur Rolle von Behrhorst:

Behrhorst selbst nimmt in den Projekt immer noch

Behrhorst selbst nimmt in dem Projekt immer noch eine zentrale Position ein in Bezug auf Koordination und Entscheidung aller wichtigen Fragen. Insofern muß man sagen, daß er von seinem eigenen Anspruch noch weit entfernt ist, daß die ausländischen Helfer sich über kurz oder lang überflüssig machen müssen. Er arbeitet wie ein Berseker 6 oder 7 Tage pro Woche in der Klinik, diktiert zwischendurch Berge von Korrespondenz mit ausländischen Organisationen und Einzelpersonen, wird dauernd um Rat gefragt von Mitarbeitern aus den verschiedenen Teilen des Projekts, plant neue Vorhaben, kümmert sich eben um alles. Sein „Urlaub“ besteht aus Reisen in alle Welt zu Kongressen, Veranstaltungen der WHO, besucht bei Organisationen, die das Projekt finanziell unterstützen etc. Er macht zu viel, in dem Sinne, daß es noch zu wenig gelingt, Verantwortung zu verallgemeinern. 1975 wurde versucht, ein Entscheidungsgremium, den „consejo“ (Rat), zu schaffen, in den neben Behrhorst jeweils ein Vertreter der verschiedenen Bereiche gewählt wurde. Es gelang jedoch zunächst nicht, dem consejo tatsächlich umfassende Entscheidungsbefugnisse zu übertragen, offenbar war auch Behrhorst dazu noch nicht bereit. Nach Auseinandersetzungen über die Frage: nur beratende oder Entscheidungsfunktion stellte der consejo nach einem 1/2 Jahr seine Arbeit wieder ein.

Man kann sagen, daß Behrhorst vom Anspruch und auch vom Verhalten her die Rolle der weißen Autorität nicht spielen will, daß aber noch eine bessere Konzeption zur Verallgemeinerung von Verantwortung und damit Macht geschaffen bzw. von unten durchgesetzt werden müßte. Im Augenblick steht und fällt das Projekt noch zu sehr mit der persönlichen Autorität Behrhorsts.

Neben Behrhorst arbeiten ständig 2 bis 3 US-peace-corps-Mitglieder im Projekt: einer als Finanzbearbeiter, einer als Mechaniker des Fuhrparks und eine als Koordinatorin des Extensions-Programms. Die Übernahme ihrer Funktion durch Leute aus der Gegend wäre leicht durchführbar und besonders dringend, weil jeder Fremde, auch wenn er „guten Willens“ ist und nur seine Arbeitskraft und Kenntnisse zur Verfügung stellt, eben doch einen Fremdkörper und damit einen Eingriff in die sozio-kulturellen Zusammenhänge darstellt. Darüber sind sich auch einige der bewußtesten indianischen Mitarbeiter im klaren; einer sagte mir: „Diese Gringos, letztenendes wollen sie uns doch beherrschen..!“

Das Projekt wird von offizieller staatlicher Seite nicht gefördert. Nachdem die Regierung in den ersten Jahren dem Projekt Schwierigkeiten machte, z.B. durch erschwerte Auflagen bei der Anerkennung von Behrhorst als Arzt, oder durch das Verbot, auf regierungseigenem Fincas medizinische Betreuung durchzuführen, wird das Projekt heute zwar als Konkurrenz für regierungseigene Gesundheitsprojekte angesehen, aber doch geduldet. Die internationale Anerkennung des Projekts (z.B. durch die WHO) brachte das guatemaltekeische Gesundheitsministerium dazu, die Methoden teilweise zu kopieren. Seit Ende der 60er Jahre wird versucht, die bis dahin praktisch fehlende medizinische Betreuung der ländlichen indianischen Bevölkerung zu verbessern durch Aufbau eines Systems von Centros bzw. Puestos de Salud. Es existiert jedoch keine praktische Kooperation mit dem Behrhorst-Projekt, z.B. hat es die staatliche Gesundheitsverwaltung bis heute abgelehnt, die promotores offiziell anzuerkennen.

Ein Grund dafür ist sicher, daß im Rahmen des Projekts Ansätze zur Selbstorganisation der Landbevölkerung gesehen werden, und das ist in Guatemala schon verdächtig.

Eine Sozialversicherung gibt es (außer für die Industriearbeiter und Angestellten in der Hauptstadt) in Guatemala nicht. Die meist unzureichende regierungseigene ländliche Versorgung - besonders verheerend sollen die unsystematischen und überstürzten Impfkationen sein - ist kostenlos. Eine Behandlung durch die wenigen niedergelassenen Ärzte können sich nur Reiche leisten.

Programa de extension

Dieses Programm entstand aus der Einsicht in die Notwendigkeit, über die medizinische Versorgung hinaus Impulse zu einer Verbesserung der häuslichen Lebensverhältnisse und zur Veränderung der landwirtschaftlichen Produktionsmethoden zu geben. Dabei wird von dem Prinzip ausgegangen, daß nicht von außen etwas in die Dörfer hineingetragen wird, sondern es sollen sich zuerst Gruppen in den Dörfern zusammenfinden, die dann mit bestimmten Fragen an das Projekt herantreten. So kam aus einem Dorf, das als besonders arm galt, der Wunsch von einigen Bauern, etwas über die Anwendung von Düngemitteln zu erfahren, und Transito, einer der 5 extensionistas, selbst Indigeno und Bauer und in einem Kursus dafür ausgebildet, arbeitet jetzt seit fast 2 Jahren mit dieser Gruppe zusammen und besucht sie alle zwei Wochen, um ihnen praktischen Unterricht zu geben. Die Ehefrauen dieser Männer bildeten daraufhin auch eine Gruppe, die sich mit Kochen und Ernährungsfragen beschäftigt und von Maria, ebenfalls einer indianischen extensionista, die zuerst als Krankenschwester im Projekt arbeitete, betreut wird. Abwechselnd werden Unterrichtsstunden über Ernährung, Hygiene, Kinderpflege etc. abgehalten, die dann durch praktische Übungen vertieft werden. Bei einer Stunde war ich zu Gast: alle Frauen brachten Maisfladen, ein Ei, etwas Käse und Gewürze mit und dann wurde unter Anleitung von Maria gemeinschaftlich ein leckeres und von den notwendigen Nahrungsbestandteilen her ausgewogenes Mahl zubereitet. Während des lustigen Kochens wurde dann der Stoff vom letzten Mal rekapituliert, natürlich alles in Cakchiquel. Die gleiche soziokultu-

relle Herkunft von Lehrenden und Lernenden ist für solche Art der Ausbildung wesentliche Voraussetzung.

Andere Gruppen, die von extensionistas betreut werden, beschäftigen sich mit Hühner- und Schweinezucht, Weberei, Staatsbürgerkunde u.v.a.m. Zur Zeit gibt es 5 extensionistas, die 14 regelmäßig arbeitende Gruppen in den Dörfern betreuen. Für die finanzielle Durchführung dieser Projekte gibt es einen gesonderten Fond, der ebenfalls von Spenden gespeist wird und den Gruppen auf Kreditbasis Mittel zur Verfügung stellt, z.B. zur Viehzucht.

Zu dem Extensions-Programm gehören organisatorisch dazu die beiden Koordinaten/Supervisoren der promotores, Carlos, der selbst früher promotor war, und Angel, der eine Ausbildung als Krankenpfleger hat und die beide fest angestellt sind und ein Gehalt bekommen. Für organisatorische Aufgaben und zur Koordination des Extensions-Programms steht eine Freiwillige des US-amerikanischen peace-corps zur Verfügung.

Das „programa de extension“ begann als eigenständiges Programm, unabhängig von den promotores vor etwa 5 Jahren und soll noch weiter ausgebaut werden.

Fundacion „ULEU“

ULEU ist ein Cakchiquel-Wort und bedeutet „Land“. Die Gründung dieser Organisation, die innerhalb des Projekts einen selbständigen Status hat, geht auf die Erkenntnis zurück, daß das drängendste soziale Problem im guatemaltekischen Hochland der Landmangel der mini-fundistas ist; Unterernährung und Krankheit müssen somit als Erscheinungsformen dieses Grund Übels angesehen werden. Von der seitens der Regierung im Schneckentempo durchgeführten „Landreform“, die die prinzipielle Verteilung des Bodens unangetastet läßt, kann man sich nichts erhoffen. Deshalb wurde im Chimaltenango-Projekt 1972 unter Mithilfe der „Worlds Neighbours“ erstmals ein Fonds eingerichtet - durch Spenden kirchlicher Stellen gespeist -, der Kredite an landlose Bauern zum Ankauf von Land vergab. Kurz darauf wurden dann die „Grupos unidos de agricultores-Fundacion ULEU“ gegründet. In ihrem Status heißt es u.a., daß sie „versuchen wird, die Ungerechtigkeiten wiedergutzumachen, die seit mehreren Jahrhunderten existierten in Bezug auf den Besitz der Erde, auf die die campesinos historische Rechte haben.“

Die konkrete Arbeit der ULEU sieht heute folgendermaßen aus: auch hier gilt das Prinzip, daß nur bereits bestehende und zusammenarbeitende Gruppen von campesinos, v.a. solche, die bisher kein oder nur sehr wenig Land haben, gefördert werden können. Eine solche Gruppe kann an ULEU herantreten und einen Kredit beantragen, um ein Stück Land zu kaufen, das z.B. von einem Großgrundbesitzer angeboten wird, nachdem es vorher oft schon vom Besitzer an die Betroffenen verpachtet war. ULEU prüft dann den Antrag und das Land, führt die Verkaufsverhandlungen und hilft bei der Berechnung über den möglichen Ertrag des Landes; denn die gewährten Kredite müssen zurückgezahlt werden, um die Abhängigkeit von ausländischen Spenden zu mildern und ein autonomes Weiterarbeiten zu ermöglichen.

Die campesino-Gruppen bestehen meist aus 15-20 Leuten, und wenn der Ankauf eines Stücks Land zustandekommt, wird es unter die Mitglieder aufgeteilt; einige Gruppen bewirtschaften das Land dann auch gemeinsam.

Ein Problem ist die Abhängigkeit von ausländischen Kreditgebern: hört das Geld auf zu fließen, ist das Projekt in Frage gestellt. Deshalb versucht ULEU, durch die Form des „revolving loan-fund“ eine Autarkie zu erreichen: die Bauern, die Kredite zum Ankauf von Land bekommen haben, zahlen das Geld in Raten - abhängig von ihren Erträgen - zurück,



davon sollen wieder neue Kredite an andere landlose Bauern gegeben werden.

Bis heute konnte auf diese Weise für 9 Gruppen, was über 200 Menschen entspricht, ausreichend Land beschafft werden. Die angekaufte Menge Land beträgt etwa 200 ha. Natürlich ist dies nur ein Tropfen auf den berühmten heißen Stein, aber es ist ein Anfang, der im Fall von ULEU ausschließlich von den Betroffenen selbst durchgeführt wird; so ist z.B. der Präsident von ULEU ein Bauer aus der Gegend, der eine Ausbildung als landwirtschaftlicher Berater bekommen hat. Ob die Großgrundbesitzer durch Mauseheleien mit der korrupten Regierung oder durch nackte Gewalt sich das verkaufte Land, sobald es nach einigen Jahren vernünftiger Bewirtschaftung wieder für sie lohnend erscheint, wieder unter den Nagel reißen, muß abgewartet werden. Es erscheint denkbar angesichts folgender Vorgänge in einem anderen Teil des Landes: Im Herbst 1976 überfielen Privatarmeen der Großgrundbesitzer mit Unterstützung des Heeres einige hundert Bauern, die seit 10 und mehr Jahren am Rande des Urwalds von ihnen selbst erschlossenes Niemandsland bewirtschafteten, und vertrieben sie unter Berufung auf angebliche „Verträge“, mit denen sie dieses Land von der Regierung erworben hätten.

Anmerkung der Redaktion: Hier zeigt es sich, daß es problematisch ist, ein Gesundheitsprojekt als eine inselartige Lösung in diesem Land einzurichten. Vor allem wenn dieses Land insgesamt die sozio-ökonomischen Grundbedingungen für eine Gesundheitsversorgung nach den Bedürfnissen der Bevölkerung - wie z.B. gerechte Landverteilung - nicht erfüllt. Siehe dazu den Artikel „sozio-ökonomische Bedingungen von Krankheit am Beispiel Rhodesien“ in diesem Heft.

Zu ergänzen wäre noch, daß das Projekt über einen „Fuhrpark“ von mehreren geländegängigen Fahrzeugen verfügt, damit die Mitarbeiter die teilweise entlegenen Dörfer erreichen können.

Gehälter: Die Gehälter der fest angestellten Mitarbeiter wurden mir wie folgt angegeben: der Verwalter verdient 250,- Quetzal (1 Q = 2,50 DM), die Extensionistas 125,- (männlich!) bzw. 100,- (weiblich!), die Schwestern 80 - 125,- Q, Reinigungsarbeiter 70,- Q. Zum Vergleich: ein Tagelöhner verdient in Guatemala ca. 1,25 Q pro Tag, Anfangsgehalt eines Lehrers ca. 140,- Q, Industriearbeiter (von denen es in Guatemala sehr wenige gibt) verdienen 120-200 Q. Die weniger qualifizierten und die Frauen werden also eher benachteiligt.

4. Die promotores de salud

Entsprechend dem Prinzip, die ambulante medizinische Behandlung der häufigsten und leichteren Krankheiten in die Hand von „Laien“ zu legen, die dazu keiner spezialisierten, langwierigen Ausbildung nach westlichem Muster bedürfen, wurde 1964 mit der Auswahl der ersten promotores und ihrer Ausbildung begonnen. Weil damals noch keine funktionierenden Gemeindegesundheitskomitees, die später die promotores auswählten, existierten, erfolgte die Auswahl noch auf Empfehlung von Peace-Corps-Leuten, Priestern etc. In dieser ersten Phase wurden 35 promotores ausgebildet, von denen heute noch 22 aktiv sind. Ihre Ausbildung war noch wenig formalisiert, mehr rein empirisch und improvisiert. Sie begleiteten Behrhorst bei seinen täglichen Klinikvisiten und wurden dabei von ihm unterrichtet, arbeiteten gleichzeitig als Pfleger in der Klinik und lernten dabei praktische Fertigkeiten wie Injektion, Verbände, Sterilisation etc. Darüberhinaus gab es Unterricht in Hygiene, modernen landwirtschaftlichen Methoden und „community-development“. Nach etwa einem Jahr mußten sie eine Prüfung schriftlich und praktisch ablegen und waren danach befugt, in ihren Gemeinden Kranke zu behandeln.

In der Folgezeit waren sie verpflichtet, einmal pro Woche zur Klinik zu kommen, um am Fortbildungsunterricht teilzunehmen und ihre Medikamentenbestände zu ergänzen. Darüberhinaus mußten sie in regelmäßigen Abständen wieder Prüfungen ablegen, von deren Bestehen die Erlaubnis zur weiteren Behandlung abhängig war. Ihre Befähigung wurde ihnen mit einem inoffiziellen „Behrhorst-Zertifikat“ bescheinigt, das eventuell, nach langem vergeblichem Bemühen, demnächst offiziell vom Gesundheitsministerium anerkannt werden wird. 1970 wurde dann eine neue Gruppe von meist jüngeren promotores ausgewählt, diesmal überwiegend von lokalen Gesundheitskomitees. Ihre Ausbildung war mehr formalisiert, sie wurden über mindestens 1 Jahr einen ganzen Tag pro Woche an der Klinik ausgebildet. Während dieses Tages nahmen sie mit Behrhorst 2 Stunden an der Patientenvisite teil - Ausbildung in Krankengeschichte, Untersuchung und Behandlung, 2 Stunden bekamen sie theoretischen Unterricht in Anatomie, Physiologie, Medikamentenlehre etc. und 2 Stunden waren der landwirtschaftlichen Erziehung und Problemen ihrer Gemeinden gewidmet. Letzteres sollte v.a. gewährleisten, daß die promotores gewissermaßen als Multiplikatoren wirken beim Einsatz neuer Methoden, z.B. Anbau von Weizen und Gemüse, Geflügelhaltung etc. Das weitere Vorgehen mit laufender Weiterbildung und Kontrolle des Wissensstandes war dann wie oben beschrieben.

Nachdem die Ausbildung und Überwachung in den ersten Jahren, wie vieles andere auch, ganz in den Händen von Behrhorst lag, führt jetzt Carlos, der selbst einer der ersten promotores war, die Ausbildung und Supervision weitgehend selbstständig durch, und zwar auf eine sehr beeindruckende Art, wie ich bei Teilnahme an mehreren Unterrichtsstunden merkte. Insgesamt sind seit Beginn des Programms 73 promotores ausgebildet worden, von denen heute noch 43 aktiv sind und 2 Gruppen bilden.

Inzwischen gibt es feste Regeln für die Auswahl und die genauen Aufgabenbereiche, die Medikamente, die sie anwenden, und die Krankheiten, die sie behandeln bzw. nicht behandeln dürfen, sind genau fixiert; jemanden, der Blut hustet, müssen sie z.B. in die Klinik schicken. Die promotores bilden eine Art „Medikamentenkooperative“, die Medikamente werden en gros eingekauft und dann wöchentlich an die einzelnen Mitglieder weiterverkauft. Die Preise, die die promotores den Patienten für eine Behandlung berechnen dürfen, sind ebenfalls genau festgelegt - z.B. für eine Behandlung 0,10 Q, für eine Injektion 0,20 Q etc. - zusätzlich können lange Anmarschwege berechnet werden; im Regelfall kommen die Patienten jedoch zum promotore ins Haus. Nach meinen eigenen Erfahrungen und den Ergeb-

nissen der o.g. Untersuchung nehmen manche promotores überhöhte Preise. Hier weitere interessante Daten zur Charakterisierung der promotores und ihrer Arbeit:

Sie sind zwischen 17 und 54 Jahren alt, fast alle gehen normalerweise ihrer Arbeit als campesinos nach. Bis auf zwei bezeichnen sich alle als Indigenos, die meisten bekennen sich zum katholischen Glauben. Sie haben durchschnittlich 3 Jahre Primarschule hinter sich, alle sprechen Spanisch und können lesen und schreiben. Nur 5 benutzen Fahrräder oder Mopeds bei ihrer Arbeit. Die Anzahl Patienten, die sie pro Woche behandeln, schwankt unter den einzelnen beträchtlich von 0-75, der Durchschnitt liegt bei etwa 8-10. Die häufigsten Krankheiten sind nach ihren eigenen Aussagen: Lungenentzündung, Durchfall, Unterernährung, Rheumatismus und Fieber. Die am häufigsten von ihnen benutzten Medikamente sind: Aspirin, bzw. andere Fieber- und Schmerzmittel, Antibiotika, hustenlösende Mittel und Vitamine. Nach **eigenen** Angaben hält etwas mehr als die Hälfte regelmäßig Unterrichtsstunden in der Gemeinde über nichtmedizinische Themen ab. 70% glauben, daß die Ausbildung nicht ausreicht, um die anstehenden Probleme zu bewältigen.

Wenn die prom. einen Patienten nicht alleine behandeln können, überweisen sie ihn meist zur Behrhorst-Klinik oder zu einer Gesundheitsstation der Regierung. Sie arbeiten außerdem häufig mit den „comadrones“, den traditionellen Hebammen, zusammen.

Die Mehrheit hatte in den letzten 3 Monaten vor der Untersuchung weniger als dreimal bei dem wöchentlichen Unterricht gefehlt, als häufigste Gründe wurden Geldmangel für die Busfahrt oder Patientenbesuche angegeben.

Wie wir sahen, stellen die promotores schon heute einen wichtigen Faktor in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Gegend dar, wo sie verfügbar sind: in fast 1/4 der Fälle der Erkrankung eines Familienmitglieds wurde der promotore aufgesucht, häufiger als alle anderen Ressourcen. Als Gründe für diese Bevorzugung wurden von den Befragten angegeben: die gute Behandlung, die nahe Erreichbarkeit, das Vertrauen und daß er dieselbe Sprache spricht. 60% bezeichneten seine Dienste als „gut“, und in 7% trat ein prompter Heilerfolg nach seiner Behandlung ein.

In einem gesonderten Test, der an der Klinik unter Prüfung von 2 Ärzten durchgeführt wurde, testete man die Qualität der medizinischen Arbeit der promotores: sie wurden mit neuen Patienten konfrontiert, die sie untersuchen und behandeln mußten; danach wurde eine Bewertung in den 4 Kategorien Krankengeschichte, Diagnose, Behandlung und Empfehlungen präventiver Art an den Patienten auf einer „Richtigkeitsskala“ vorgenommen. Das Ergebnis scheint mir beeindruckend: die promotores erreichten durchschnittlich 71,7% der möglichen Punkte auf dieser Skala mit einer Schwankungsbreite von 51-87%. Bei einer gesonderten Bewertung des Gebrauchs von Antibiotika konnte ihnen in 68% der Fälle richtige Anwendung bescheinigt werden, allerdings verschrieben sie insgesamt zu häufig Antibiotika, nämlich 1 1/2mal so häufig, wie es von den Ärzten für richtig gehalten wurde. Die häufigsten Fehler kamen bei Typhus und Tuberkulose vor, zwei Krankheiten, die sicherlich auch besonders hohe Anforderungen stellen.

Während also die medizinische Arbeit sicher zufriedenstellend ist, was auch meinen Einzelbeobachtungen entspricht, so gibt es bei den anderen Aufgaben der promotores noch einiges zu verbessern. So wurden erzieherische Maßnahmen der promotores in Bezug auf Hygiene, Ernährung und Landwirtschaft nur von wenigen der Befragten bestätigt. So hatten überhaupt nur 28% mit irgendjemand einmal über Krankheitsverhütung gesprochen, davon wiederum nur 17% mit einem promotore, und die Frage, ob der promotore im

letzten Jahr in ihrer Gemeinde Unterricht gehalten hat, wurde nur von 7% bejaht. Und nur 4% hatten den promotores bei einem landwirtschaftlichen Problem zu Rate gezogen.

Diese Zahl steht ganz offensichtlich im Widerspruch zu den eigenen Angaben der promotores über ihre präventivmedizinischen Aktivitäten. Warum? Entweder die promotores schätzen ihre Arbeit falsch ein, sind noch zu sehr auf kurative Medizin fixiert, oder sie erzielen bei den Leuten noch keine ausreichende Wirkung. Auf jeden Fall sollte die Art der Bearbeitung dieser Probleme (Krankheitsverhütung, landwirtschaftliche Erziehung) wichtigstes Kriterium sein, bei der Beurteilung von Projekten dieser Art. Im Proyecto de Desarrollo de Chimaltenango gibt es Ansätze für eine beispielhafte Arbeit, die aber unbedingt weiterentwickelt werden müssen, damit man über das „bessere“ Verteilen von Medikamenten hinauskommt.

Sehr auffällig ist die „geschlechtsspezifische Benutzung“ der promotores: nur ganz wenige der Frauen hatten überhaupt ihre Dienste in Anspruch genommen. Ursache dieses Phänomens dürfte sein, daß die promotores von den Frauen eben nicht als Fachleute für gynäkologische Erkrankungen bzw. für Kindererziehung, Hygiene etc. angesehen werden. Entsprechend liegt hierin sicher auch ein Grund für das noch mangelnde aufklärerische Wirken der promotores auf diesen Gebieten. Ein Ausweg aus diesem Dilemma könnte der Einsatz von Frauen als promotores sein, denn im Gegensatz zu den extensionistas werden die promotores bisher ausschließlich von Männern gestellt. Ein gutes Beispiel in diese Richtung ist das Wirken der Tochter eines promotores, die auf einer Kaffeeplantage der Regierung wöchentlich einmal eine sog. „under-five-clinic“ betreut, wo Mütter ihre Kleinkinder gegen ein geringes Entgelt untersuchen lassen können und anschließend Unterricht über Kinderernährung, -pflege etc. erhalten.

Folgende Verbesserungen wurden aufgrund der Evaluation des bisherigen Wirkens der promotores als besonders dringend erachtet:

- Vermehrung des Mutter/Kind-Unterrichts
- stärkere Betonung von Prävention und Gesundheitserziehung
- mehr Kontrolle und bessere Unterstützung der promotores bei der Arbeit „draußen“ durch die beiden Supervisoren
- Verbesserung des Berichtssystems der promotores

An der inhaltlichen und organisatorischen Durchführung dieser Verbesserungen wird zur Zeit verstärkt gearbeitet, eine erste Voraussetzung war die Einstellung eines zweiten Supervisors.

5. Die Arbeit an der Klinik

Neben den bereits beschriebenen Einrichtungen sind in dem U-förmigen Flachbau (dem nach der Zerstörung durch das Erdbeben einzigen Bau, der dem Projekt derzeit zur Verfügung steht) die Ambulanz und die Klinik untergebracht. Unsere Aufgabe bestand, unter Anleitung von Behrhorst - falls er Zeit hatte . . . - in der Betreuung der stationär behandelten Patienten.

Es gibt ca. 70 Betten, die fast immer voll belegt sind. Aufgrund der derzeitigen räumlichen Enge (ein neues Haus ist im Bau) liegt ständig die Hälfte der Leute im Innenhof unter einem Dach, gegen Regen nur durch Zeltplanen geschützt. Wenn ein Patient stationär aufgenommen werden muß, sorgt er selbst bzw. seine Familie für Bettzeug, Verpflegung und Körperpflege. Meist bleibt mindestens ein Familienangehöriger mit in der Klinik und schläft auf dem Boden, beim Patienten im Bett oder bei Bekannten im Ort. Im Hinterhof gibt es eine Kochstelle, wo sie Mahlzeiten zu-

bereiten können, außerdem kommen ambulante Händler in die Klinik, die billige Nahrungsmittel und Getränke verkaufen. Oft haben aber Patienten auch überhaupt kein Geld, sie bekommen dann aus einem Sonderfonds Geld geliehen bzw. geschenkt. Die Schwestern sind also von all diesen Arbeiten, die bei uns ihre Hauptbelastung ausmachen, entlastet und können sich ganz auf die rein medizinischen Aspekte konzentrieren: Medikamente verteilen, Spritzen geben, Verbände, Bäder etc.

Kinder unter 6 Jahren machen fast 1/3 der Patienten aus. Bei ihnen bleiben grundsätzlich die Mütter mit in der Klinik, Säuglinge und Kleinkinder werden ohnehin zu 100% gestillt.

Es ist selbstverständlich, daß die anderen Patienten einem „Kollegen“, der ausnahmsweise ohne familiäre Betreuung ist, helfen, v.a. auch in psychologischer Hinsicht. Ich hatte nie das Gefühl, daß jemand alleingelassen war - ein beeindruckender Kontrast zu den Erfahrungen in den Kliniken hierzulande.

Wir führten also täglich die „Visite“ durch, d.h. wir sprachen mit allen Patienten (wenn jemand nicht spanisch verstand, was manchmal vorkam, war immer gleich ein „Übersetzer“ zur Stelle), untersuchten sie, verordneten neue Medikamente, nahmen Entlassungen vor etc. An diagnostischen Hilfsmitteln stand ein Röntgenapparat und ein einfaches Labor zur Verfügung, beides wurde jedoch nur benutzt - wieder ein wohlthuender Kontrast zur hier praktizierten diagnostischen Routinemühle! - wenn es unbedingt nötig war. Außerdem führten wir kleinere chirurgische Ein-

Tatsächlicher täglicher Konsum von Lebensmitteln im Vergleich zum theoretischen Existenzminimum des guatemalteckischen Erwachsenen

Lebensmittel	Verbr. (in g)		Differenz			
	tatsächlicher Konsum laut Umfrage	Existenzminimum	Fehlbetrag		Überschuß	
			g	%	g	%
Milch und Käse	61,05	250	188,95	75,58	—	—
Eier	7,41	20	12,59	62,95	—	—
Fleisch	37,57	105	67,43	64,21	—	—
Getreide u. Hülsenfrüchte	57,05	60	2,95	4,91	—	—
Frischgemüse u. Trockenerbsen	23,38	90	66,62	74,02	—	—
anderes Gemüse	47,99	150	102,01	68,00	—	—
Obst	28,33	120	91,67	76,39	—	—
ähnliche Früchte	24,05	95	70,95	74,68	—	—
Wurzel- u. Knollengemüse	10,03	75	64,97	86,62	—	—
Maisfladen	511,97	345	—	—	166,97	48,39
Weizenbrot	17,35	120	102,65	85,54	—	—
Reis	8,99	50	41,01	82,02	—	—
raffiniertes Zucker	11,49	40	48,51	71,27	—	—
brauner Zucker	31,48	25	—	—	6,48	25,92
Fette	9,52	25	15,48	61,92	—	—

Quelle: Auswertung der vorhandenen Information über die Ernährungslage der guatemalteckischen Bevölkerung, Dr. Romeo de León Méndez, M.P.H., M.S.

griffe durch.

Die Klinikarbeit ist auf eine rasche und effektive Beseitigung von akuten Krankheitszuständen hin konzipiert, kein Patient bleibt länger als unbedingt nötig, weil er in seinem sozialen Zuhause viel besser aufgehoben ist und weil die Behandlung eben auch Geld kostet. Der Entlassungstermin wurde meist von den Patienten selbst bestimmt, sie gingen, wenn sie sich wieder besser fühlten. Natürlich gab es für uns kulturelle Sprachbarrieren, aber nachdem die anfängliche beiderseitige Scheu überwunden war, stellte sich meist ein sehr gutes, herzliches Verhältnis her, geprägt von Offenheit und einem großen Selbstbewußtsein der Leute.

Gerade in Bezug auf die Entlassung lernte ich sehr viel von ihnen: Kriterium war dabei weniger der „objektive“ medizinische Heilungserfolg als vielmehr andere Faktoren: Pflichten zu Haus bzw. in der landwirtschaftlichen Arbeit oder einfach das Gefühl, schon lange genug hier zu sein, bzw. auch umgekehrt, das Gefühl sich noch etwas ausruhen zu müssen, obwohl der Behandlungserfolg eigentlich schon eingetreten war. Ich lernte es, meine „objektiven“ Befunde den Argumenten der Leute nicht einfach entgegenzuhalten, niemand wurde gegen seine Überzeugung zu etwas gedrängt. Außerdem ist die Erkrankung eines Familienmitglieds in starkem Maße ein sozialer Prozeß, in dem sich die Sippe und die Mitpatienten engagieren.

Ein Beispiel: Eine 35-jährige Frau aus Patzun lag wochenlang schwer krank darnieder. Sie klagte über sehr starke Bauchschmerzen und verfiel zusehends. Der einzige „objektive“ Befund, den wir erheben konnten, waren Würmer und eine geringe Anämie. Den ganzen Tag über waren mehrere Frauen aus ihrem Dorf bei ihr, beklagten ihre Krankheit und wandten sich dauernd besorgt und auch vorwurfsvoll an uns, weil wir ihr nicht helfen konnten. Wir waren hilflos; es kam noch hinzu, daß die Frau selbst nur Cakchiquel sprach. Sie war schließlich so schwach, daß sie sich nicht mehr erheben konnte und keine Nahrung mehr zu sich nahm. Es wurden Andachten und Gottesdienste für sie abgehalten, wir standen begriffslos neben diesem Prozeß und beschränkten uns auf eine „symptomatische Therapie“. Irgendwann kam ein Wendepunkt, uns blieb verborgen warum, die Frau erholte sich rasch, ohne daß sich zu irgendeinem Zeitpunkt etwas an den Befunden geändert hätte. Alle waren sehr froh, die Frau und ihre Sippe bedankten sich bei uns tausendmal.

Wenn nicht Praktikanten wie wir an der Klinik arbeiten, werden die Patienten von den Schwestern unter Überwachung von Behrhorst und einem guatemalteken Arzt, der mithilft, alleine versorgt. In einem eigenen Teil des Gebäudes ist die Ambulanz untergebracht. Hier werden oft 150 Patienten täglich, die meist von weit her kommen, von Behrhorst untersucht und entweder in die Klinik aufgenommen oder mit Medikamenten versorgt und dann, sofern in ihrem Dorf vorhanden, von den promotores weiterbehandelt. Die Leute kommen auch, um von ihm persönlich behandelt zu werden; wenn nicht, sind sie oft enttäuscht, oder warten in der Klinik ein paar Tage, bis er zurückkommt. Dieser Wunsch wird respektiert, obwohl natürlich die Gefahr der Überhöhung von „El doctor“ gegeben ist.

Die indianischen Schwestern der Ambulanz führen auch eine Beratung zur Familienplanung durch, mit der allerdings sehr vorsichtig umgegangen wird, da es sich um ein heikles Thema handelt. Erst wenn eine Frau von sich aus - aufgrund einer Information durch die promotores, o.ä. - den Wunsch nach Familienplanung äußert, wird sie beraten und bekommt dann die „Pille“, die ihr dann monatlich der promotor ihres Ortes weitergibt.

Alle Schwestern der Klinik (bis auf zwei Ausnahmen) sind Indigenas, sie haben ihre Ausbildung an der Klinik in praktischer Art und Weise ähnlich wie die promotores erhalten. Sie arbeiten sehr selbständig und wir konnten während der hervorragenden Zusammenarbeit mit ihnen viel lernen. Die Klinik verfügt über ein Archiv, in dem die Krankenakten von allen bisher behandelten Patienten - es sind schon über 100 000 - aufbewahrt werden. Aufgrund dieser Akten stellen wir eine Statistik über alle im Monat September 1970 behandelten Patienten zusammen, die hier wiedergegeben sei, um die hauptsächlichen medizinischen Probleme zu verdeutlichen:

1. Anzahl der Patienten, die nur in der Ambulanz behandelt wurden (ohne Aufnahme in die Klinik): 1716
Darunter Familienplanung: 128

Sozio-ethnische Zugehörigkeit:

Indigenas: 1121 = 65%

Ladinos: 595 = 35%

2. Anzahl der in die Klinik aufgenommenen Patienten: 253
Davon Kinder unter 6 Jahren: 69 = 27,2%

Diagnoseschlüssel aufgrund von 226 Krankengeschichten (27 fanden sich nicht oder waren unbrauchbar)

Diagnosen insgesamt: 249 (einige mit mehr als 1 Diagnose)

Geschlechtsverteilung:

Weiblich: 115 = 50,8%

Männlich: 111 = 49,2%

Krankheitsgruppen nach Häufigkeit:

1. Gastro-intestinale: 76 = 30,5%
Darunter: „Einfacher Durchfall“ 40, Parasiten 14, Typhus 9, Amöben 4, Gastritis/Ulkus 3, Gallenleiden 3
2. Atemwegserkrankungen: 56 = 22,5%
Darunter: Pneumonie: 23, Bronchitis/Asthma 16, Tuberkulose 7
3. Alkoholismus (akut): 20 = 8%
4. Hauterkrankungen: 19 = 7,6%
5. Muskel/Skeletterkr.: 16 = 6,4%
6. Chirurgische Erkr.: 15 = 6,0%
7. Unterernährung
(als Hauptdiagnose): 10 = 4,0%
8. Gynäkolog. Erkr.: 9 = 3,5%
9. Erkr. d. Nervensyst.: 7 = 2,8%
10. Masern: 6 = 2,4%
11. Harnwegserkr.: 5 = 2,1%
12. Herz-Kreislaufferkr.: 3 = 1,3%
13. Augenleiden: 2 = 1%
14. Bösartige Tumoren: 2 = 1%
15. Diabetes: 1 = 0,5%
16. Malaria: 1 = 0,5%

Mittlere Verweildauer der Patienten, die im September 1976 aus der Klinik entlassen wurden: 7,5 Tage

Bei dieser Aufstellung muß noch betont werden, daß, abgesehen von den Kranken, bei denen „Unterernährung“ die Hauptdiagnose war, bei vielen anderen Krankheiten, v.a. Tuberkulose, die Unterernährung die Grundlage der Erkrankung bzw. bei anderen Krankheiten, z.B. Masern, der Grund für einen schlimmen Verlauf ist. Gerade dies ist ja der Ansatzpunkt für die beschriebene Arbeit innerhalb des Chimaltenango-Projekts über die rein medizinische Versorgung hinaus.

Diese Erweiterung, die sicher noch stärker als bisher betont werden muß, und die Arbeit der promotores macht gerade den besonderen und damit Modellcharakter für ähnliche Einrichtungen in der Dritten Welt aus. Die Perspektive dieses und aller anderen ähnlichen Projekten hängt neben der Notwendigkeit der grundlegenden Veränderung der sozialen Ungerechtigkeiten, v.a. der Landverteilung, wesentlich davon ab, ob die ausländischen Helfer überflüssig werden und die Betroffenen die Arbeit autonom weiterentwickeln.

Literaturstellen:

- 1) Schwefel/Breuer, „Organisation dezentraler Gesundheitsdienste in Lateinamerika“, Berlin 1973
- 2) J.M. Alfonso, „Unterentwicklung und Gewalt“, Edit. Suhrkamp, 1971
- 3) C. Behrhorst, „Chimaltenango-Development-Projekt“ WHO-Publ. 1975
- 4) H.R. Sonntag in C. Castano „Und sei es mit Gewalt“ Hammer-Verlag 1968
- 5) Melville, „Tierra y poder en Guatemala“
- 6) Devereux „Angst und Methode i.d. Verhaltenswiss.“, Hanser, Kap. 14
- 7) E. Barton, „Arzt und Mayas“, Reinhard-Verlag
- 8) Alfonso, a.a.O.,

Bericht über das Gesundheitswesen in Peru

G. Schellinger

Wie in den meisten Ländern der Dritten Welt so steht der Gesundheitszustand der Mehrheit der Bevölkerung in Peru in direktem Zusammenhang mit der sozio-ökonomischen Lage des Großteils der Bevölkerung. Mangelernährung, Trinkwasserverschmutzung, hohe Säuglingssterblichkeit, Wohnprobleme, Arbeitslosigkeit (über 30%) und Analphabetismus (auf dem Land über 50%) bestimmen die Lage auf dem Land und in den Elendsvierteln der Städte.

Obwohl Peru knapp südlich des Äquators liegt, stehen nicht die Tropenkrankheiten als medizinische Probleme im Vordergrund, sondern Krankheiten, die direkt mit der Armut, unzureichenden Ernährung, mangelnder Hygiene und der katastrophalen Wohnsituation - vor allem in den Elendsvierteln - zusammenhängen. So spielen vor allem Ansteckungskrankheiten in der Sterbestatistik eine Rolle¹; allen voran Lungenentzündung (1972: 15 973) und Durchfallerkrankungen (1972: 10 728 Tote). Da der durch Mangelernährung geschwächte Körper wenig Widerstandskraft gegenüber Ansteckungskrankheiten aufzubringen vermag, können selbst leichtere Infektionskrankheiten wie zum Beispiel Keuchhusten einen tödlichen Verlauf nehmen (1974: 1 765 Keuchhustentodesfälle). Wie sich in anderen Ländern zeigte, läßt sich diese Krankheitsstruktur nur verändern durch die Verbesserung der sozio-ökonomischen Lage der Bevölkerung.

I. Die Gesundheitspolitik der Militärregierung

Die Militärregierung beschrieb die Situation im Gesundheitswesen selbst folgendermaßen²:

- Der Gesundheitsdienst ist auf die großen Städte beschränkt, er fehlt vollständig im Rest des Landes.
- Präventivmedizin und Rehabilitationsmedizin gibt es überhaupt nicht.
- eigennützige Kriterien herrschen in der privaten Medizin und in der Produktion und im Vertrieb der Medikamente vor.
- die Infrastruktur ist unzureichend und inadäquat.

Ziel der Reformpolitik sei es, eine Medizin für die ganze Bevölkerung zu schaffen, die sich an sozialen Kriterien orientiere. Als vordringliche **Schwerpunkte** der Gesundheitspolitik nannte die Regierung:

- Einbeziehung der Präventivmedizin und Rehabilitationsmedizin.
- Verbreiterung des Gesundheitsdienstes mit besonderer Berücksichtigung von Mutter und Kind vor allem unter der ländlichen Bevölkerung.
- Verbesserung der Infrastruktur.
- Fortführung des Programmes der medicamentos basicos (s.u.)
- Ernährung der Kinder im Vorschulalter, für Schwangere und Stillende, Verbesserung der Schulverpflegung.
- Impfaktionen gegen Polio, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, TBC und Tetanus.
- Ausweitung des Trinkwassernetzes und der Abwasserkanalisation auf dem Lande.
- Krebsvorsorge.
- Einführung eines ländlichen Pflichtjahres für soziale Berufe.

Der **Investitionsplan 1975 - 1978** sieht folgende Schwerpunkte vor: Bau von 3 Großkrankenhäusern, Renovierung von 10 kleineren Krankenhäusern, Fertigstellung von 239

Trinkwasserversorgungsnetzen und 15 Abwasserkanalisationsnetzen in 270 kleineren Orten (mit weniger als 2000 Einwohnern), Bau von Gesundheitszentren (centros de salud), Bau eines Mutter-Kind-Hospitals, Bau von Erziehungszentren und 25 kleineren Krankenhäusern. Die in der Vorplanung befindlichen Projekte betreffen vor allem Großkrankenhäuser für die Städte.

II. Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens

Zum Zwecke der Dezentralisierung des Gesundheitswesens wurde das Land in 10 Gesundheitsregionen aufgeteilt. Diese formale Dezentralisierung blieb jedoch bisher ohne große Konsequenzen, da die notwendige personelle und finanzielle Ausstattung unterblieb und die Infrastruktur sich nicht wesentlich änderte. Ebenso erging es vielen der oben genannten Programme, die meist aus Mangel an Geld und ausgebildetem Personal im Anfangsstadium steckenblieben. Teilweise scheiterten die Projekte auch an der mangelnden Bereitschaft vor allem des ärztlichen Personals, dem es häufig gelang, sich mit Hilfe von Geld, Korruption oder im Gesetz offen gelassenen Lücken des Pflichtjahres zu entledigen.

A Medizinische Einrichtungen

Die Krankenhäuser sind die Zentren der medizinischen Versorgung der Städte, auf dem Lande, wo etwa die Hälfte der Bevölkerung weit zersiedelt lebt, gibt es in größeren Dörfern und Marktflecken ein centro de salud (insgesamt 533), in kleineren Orten gelegentlich ein puesto sanitario (insgesamt 1115). Im centro de salud, das meist über einige Betten verfügt, kann eine stationäre Behandlung zum Beispiel einer Lungenentzündung durchgeführt werden. Oft sind jedoch Personalbestand und technische Ausstattung der centros de salud und puestos sanitarios so minimal, daß von einer funktionierenden medizinischen Versorgung der Landbevölkerung nicht gesprochen werden kann.

B Verteilung des medizinischen Personals

Die durchschnittliche Arztdichte in Peru beträgt 1 Arzt pro 1621 Einwohner. Diese Zahl verbirgt jedoch mehr als sie ausdrückt. So beträgt die Arztdichte in Lima 1 Arzt pro 600 Einwohner, in anderen Provinzen liegt jedoch der Durchschnitt bei 1 Arzt pro 8300 Einwohnern. Beim Krankenpflegepersonal sehen die Verhältnisse ähnlich aus (siehe Tabelle). Konkret ist aber die Situation in Gegenden des nördlichen Hochlandes so, daß nur ein Arzt für 50 000 Menschen zur Verfügung steht.

Insgesamt 25% der Ärzte sind staatlich angestellt. Die restlichen 75% sind freipraktizierend (privat) und nicht an Weisungen des Gesundheitsministeriums gebunden. Diese Ärzte zu konsultieren, ist entsprechend kostspielig. Allein 5000 der freipraktizierenden Ärzte leben in Lima; das ist über die Hälfte aller Ärzte von Peru.

C Aufschlüsselung der medizinischen Einrichtungen und der Betten nach Trägern

Von den ca. 30 000 Krankenhausbetten unterstehen etwa die Hälfte (15 230) dem Gesundheitsministerium, 4144 Betten direkt der Krankenversicherung, die jedoch mit anderen Krankenhäusern Behandlungsverträge abgeschlossen hat. Nahezu 10% der Betten unterstehen dem Verteidigungsministerium (2761). Die Krankenhäuser in Lima (Armee:

neues, großzügig ausgestattetes Krankenhaus mit 1000 Betten, Polizei: neues Krankenhaus mit 500 Betten mit sehr gutem Ruf), die den Streitkräften unterstehen, bieten die beste denkbar schulmedizinische Versorgung: sie entspricht internationalem Standard. Diese eindeutige Bevorzugung der Streitkräfte scheint einen Hinweis darauf zu geben, auf welchen Teil der Bevölkerung die Regierung sich stützt, und der Überlegung zu entspringen, daß eine schlagkräftige Armee zu den Voraussetzungen erfolgreichen Regierens gehöre.

D Die Sozialversicherung

Ein Sozialversicherungssystem besteht in Peru seit ca. 30 Jahren; 1972 wurde jedoch die Sozialversicherung auf die fest angestellten Arbeiter und Angestellten beschränkt, wobei nur bei letzteren eine Familienmitversicherung besteht. Die Versicherung umfaßt: Krankenversicherung, Altersversicherung und Lebensversicherung, eine Arbeitslosenversicherung besteht jedoch nicht. Diese Gruppe der fest Angestellten macht etwa 25% der ökonomisch aktiven Bevölkerung aus und konzentriert sich vor allem auf die Städte und Minengebiete. Der Rest der Bevölkerung ist nicht versichert und muß entsprechend seiner finanziellen Möglichkeiten für die medizinische Versorgung aufkommen. Für Härtefälle ist eine kostenlose Versorgung vorgesehen.

E Medicamentos basicos

Das Programm der medicamentos basicos (Basismedikamente) wurde in der Absicht eingerichtet, die wichtigsten Medikamente billig abzugeben. Ziel war, einen Katalog der 400-500 wichtigsten Medikamente zu erstellen, und die Herstellung pharmazeutischer Präparate von ausländischen Pharmakonzernen - darunter auch mehreren deutschen Firmen - unabhängig zu machen (Bayer, Schering, Grünenthal, Knoll usw.). Bevorzugt werden peruanische Arzneimittelhersteller, die durch eine Lizenz einzelne Wirkstoffe produzieren; aber auch ausländische Firmen erhalten Verträge und geben die Präparate zu Preisen ab, die weit unter dem Niveau liegen, das in der BRD gilt. So produziert die „Knoll Peruana“ z.B. — Akineton — und nach Aussagen ihres Vertreters in Lima verdient sie nicht einmal schlecht daran, da von der peruanischen Regierung große Mengen des Wirkstoffs abgenommen werden. Sieht man einmal davon ab, daß die Konzentration auf die Bereitstellung von Medikamenten sicher keine grundsätzliche Besserung der Gesundheitsverhältnisse herbeiführen kann, sondern eher der Strategie der „westlichen“ Medizin entspricht, so trägt diese Maßnahme dennoch sehr zur Vereinfachung und Verbilligung der Gesundheitsversorgung bei. Die Medikamente sind in den Krankenhausapotheken und staatlichen Gesundheitszentren erhältlich, auch auf dem Land, und um ein Vielfaches billiger als in privat geführten Apotheken.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Oberschicht und die Streitkräfte in den großen Zentren über eine gute bis sehr gute medizinische Versorgung verfügen. Die Angestellten sind durch die Krankenversicherung zumindest finanziell abgesichert, die Arbeiter, vor allem die in den Bergwerken beschäftigt sind, werden zwar teilweise medizinisch versorgt, aber durch eine Medizin, die sich vollständig an wirtschaftlichen Interessen orientiert und deren einziges Ziel die Wiederherstellung der Arbeitskraft ist. Die Landbevölkerung, die für die Wirtschaft uninteressant ist, hat infolgedessen auch die schlechteste medizinische Versorgung³. Der Ansatz, die medizinische Versorgung zu dezentralisieren, blieb schon früh auf der Strecke, wie die gesundheitspolitische Planung ausweist, in der Großkrankenhäuser und überregionale Bauprojekte den größten Teil des Etats beanspruchen. Der Aufbau dezentralisierter Strukturen wurde nur halbherzig gefördert und konnte deshalb auch nur partiell zu Verbesserungen führen. Die von der Militärregierung propagierte Reformpolitik führte bisher zu keinen we-



Der Durchfall ist einer der wichtigsten Gründe für Krankheit und Tod bei Säuglingen und Kindern. Er ist schlimmer bei den Säuglingen, weil sie leichter Infektionen bekommen können und nicht die Kraft haben, sich gegen sie zu wehren.

Bei Säuglingen kommen leichte Durchfälle vor, die durch die Ernährung hervorgerufen sein können.

Für eine gesunde Ernährung muss man dem Baby die Brust oder das Fläschchen zu bestimmten Zeiten geben. Sonst trinkt das Baby zu viel und der Magen kann nicht gut arbeiten, und das bewirkt Durchfall...

Ein gutes Beispiel für ein Medium, das die Bewusstseinsbildung der Bevölkerung trägt, ist „Despertar“ (Aufwachen), eine Zeitung, die von campesinos in den nördlichen Hochanden von Peru herausgegeben wird. Zum Thema Gesundheit klärt sie hier die Mütter über Durchfälle bei ihren Kindern auf.

sentlichen Verbesserungen der medizinischen Versorgung auf dem Lande; es fehlen geeignete personelle Ausstattung und fehlende medizinische Infrastruktur verhindern eine effektive Verbesserung der medizinischen Versorgung. Solange der soziale und ökonomische Druck weiterbesteht, wird sich auch keine grundlegende Veränderung ergeben.

III. Exkurs über eine Initiative

Außer einigen staatlichen Programmen und Projekten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gibt es auch Ansätze, die Misere im Gesundheitssektor aus eigener Kraft zu überwinden; zu nennen sind Initiativen der linken Bauerngewerkschaft ICCPI und ein Projekt in den nördlichen Anden im Bezirk Cajamarca, wo die campesinos mit Unterstützung einer kirchlichen Gruppe versuchen, eigenständig ihre Situa-



tion zu verbessern. Dort, in Bambamarca, ist die Situation besonders schwierig. Für die ca. 50 000 dort verstreut lebenden campesinos mit ihren Familien gibt es nur einen Arzt, das nächste Krankenhaus liegt etwa eine Tagesfahrt mit dem Bus weg, Hausbesuche des Arztes finden wegen der schlechten Infrastruktur nicht statt; außerdem wohnen die Patienten bis zu einem Tagesmarsch vom Zentrum weg.

Aufgrund der schlechten Situation schlossen sich die Campesinos zusammen, gründeten eine Lebensmittelkooperative, die den ortsansässigen teuren Zwischenhandel ausschaltete und geben eine wöchentlich erscheinende Zeitung ⁴ heraus. Diese Zeitung, die gleichzeitig einen Anreiz bietet, die angebotenen Alphabetisierungskurse zu besuchen, berichtet regelmäßig auch über gesundheitliche Probleme, über Krankheiten und ihre Behandlung, über deren Prophylaxe, Hygiene, gesunde Ernährung, vermittelt Kenntnisse über den Latrinenaufbau und kritisiert die schlechte medizinische Versorgung (s. Kasten)

Die Zeitung bringt die Forderungen nach einer Gesundheitsversorgung entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung vor: Sie lehnt den Bau eines Hospitals im Dorf ab, da er nur der Bevölkerung eine bessere Versorgung garantiere, die im Dorf selbst wohnt. Sie fordert stattdessen eine wirkliche Dezentralisierung mit der Ausbildung von Gesundheitshelfern (promotores de salud). In ihre Ausbildung soll die traditionelle Medizin ⁵ miteinbezogen werden. Die Promotores sollen als eine Art „barfüßige Ärzte“ die zerstreut siedelnde Landbevölkerung betreuen. Die ersten sind zwar noch nicht vollständig ausgebildet, aber sie arbeiten bereits in verschie-

denen Ansiedlungen und sind in der Lage, die am häufigsten vorkommenden Krankheiten zu behandeln und ihr Wissen in Versammlungen an die Bevölkerung weiterzugeben.

Dies ist jedoch nur ein regionaler, eng begrenzter Ansatz einer etwas umfassenderen Selbsthilfe, die noch am Anfang. Auch er unterliegt den ökonomischen Zwängen der nördlichen Sierra von Peru.

Quellen:

- 1 Länderkurzberichte Peru 1976
statistisches Bundesamt Wiesbaden.
- 2 Servicio de salud Peru
Informacion general, Juni 1976
OPS/OMS (Organizacion panamericana de salud/
Organizacion mundial de salud)
- 3 Für die Indios im Amazonasbecken arbeitet seit nahezu 10 Jahren das ILV (Instituto Linguistico de Verano) an einem System mit von ihm ausgebildeten promotores de salud, das jedoch nur in Zusammenhang mit der Gesamtstrategie der Linguisten gesehen werden kann. Siehe hierzu IZ Nr. 62
- 4 Despertar Bambamarca
- 5 Die traditionelle Medizin spielt auf dem Lande eine sehr große Rolle, wird jedoch durch die Fortschrittsgläubigkeit an die westliche Pillenmedizin zunehmend verdrängt. Näheres hierzu siehe K. Papla-Hesse in der Peru-Sondernummer der Chilenachrichten.

BEFREIUNG

Zeitschrift für Politik und Wissenschaft
Nummer 8, Mai 1977 4 DM

- | | |
|---|---|
| Stephan Kleinau
Phuomi Vongvichit | Kollektive Sicherheit in Asien?
Laos und der siegreiche Kampf des
Isotischen Volkes gegen den Neo-
Kolonialismus der USA (1. Teil) |
| Nr. 1 | |
| Christian Sigrist | Der wissenschaftliche Beitrag der
Völkerkunde zur imperialistischen
Konterrevolution |
| Schulungsbroschüre
Rudolf Wagner | Unsere Sache: Thai Patriotische Front
Der Kampf des thailändischen Volkes
für nationale Unabhängigkeit und
Demokratie gegen Imperialismus und
Feudalismus |
| Nr. 2 | |
| Biologenkollektiv
Westberlin | Sowjetgenetik: Die Theorie der genetischen
Bedingtheit von Genialität und
Kriminalität in der Sowjetunion |
| C. L. Yu
Nr. 3 | Der Kampf gegen die Umweltverschmutzung
in der VR China |
| Sondernummer zur
Befreiung Süd-
vietnams
Nr. 4 | Die Dialektik von politischem und
militärischem Kampf
Thieuus Politik der Flüchtlings-
produktion |
| Henner Papendieck | Die Formen der Ausplünderung
Indiens durch die Sowjetunion |
| VR China:
Lima-Deklaration:
Nr. 5 | Der Krebs kann besiegt werden
Das wirtschaftliche Kampfprogramm
der Staaten der Dritten Welt |
| Redaktionskollektiv | 6 Beispiele zur imperialistischen
Funktion des sowjetischen Revisionismus |
| Rudolf Wagner | Die Nutzung von Sumpfgas beim
wirtschaftlichen Aufbau in der
VR China |
| Nr. 6 | |
| G. Porter und
G. C. Hildebrand | Das neue Kampuchea
Gegen die Strategie des Hungers:
Agrarrevolution und Rückwanderung
der Landbevölkerung aus Phnom Penh |
| H. Kotte und
R. Wagner
Nr. 7 | Methoden und politische Zielsetzung
der Verleumdungskampagne gegen
das Demokratische Kampuchea |
| Gerhard Bauer
Henner Papendieck
Nr. 8 | Die deutschen Befreiungskriege
Zur Bedeutung der Colombo-
Konferenz |

Redaktion der BEFREIUNG

Dr. Rudolf G. Wagner, Martin-Luther-Straße 78

D-1000 Berlin 62

Mutter- und Kind-Vorsorge in Papua-Neuguinea

Elisabeth Steinle

Eine hohe Erkrankungsrate, hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit bei steigender Geburtenrate kennzeichnet die Situation von Müttern und Kindern in Entwicklungsländern. Mit der Einrichtung der „Mother and Child Health Services“ (MCH) wird in Papua-Neu Guinea (unter anderem) versucht, diesem Problem entgegenzutreten. Die MCH entstand Ende der 40er Jahre. Bei ihrer Einrichtung spielte die Kirche eine große Rolle, weil sie diejenige Institution war, die die Gesundheitsversorgung vor allem in den ländlichen Gebieten getragen hatte (und noch trägt) und auch über Mitarbeiter verfügt, die langfristig auf dem Land arbeiten. Ihr Anteil an der MCH beträgt zur Zeit etwa 60,5%. Der Staat unterstützt die Kirchen dabei, indem er z.B. die Medikamente und die einheimischen Mitarbeiter bezahlt. Diese Aufteilung zwischen Staat und Kirche bringt häufig Konflikte und Kompetenzschwierigkeiten mit sich. Die MCH erreichte 1974 etwa 70% aller Mütter und Kinder, und es wird angestrebt, in Zukunft auch die restlichen 30% der Betroffenen zu erreichen, die meist in weit abgelegenen Gebieten wohnen.

Eine Sparte der Aktivitäten ist die Versorgung der Kinder unter 5 Jahren in der „Under Five Clinic“. Ihre Aufgaben sind:

- kurative Funktionen (Diagnose, Behandlung und evtl. Überweisung in eine Klinik)
- Durchführung von Impfungen
- Ernährungsüberwachung
- Schwangerenvorsorge (vor, während und nach der Geburt)
- Hausbesuche
- Familienplanung
- Gesundheitsberatung
- Schulvorsorgeuntersuchung

Im Rahmen meiner Famulatur in einem Health Centre Luth. Mission in Papua-Neu Guinea (PNG) hatte ich Gelegenheit, eine dieser Under-Five-Clinics in der Praxis kennenzulernen.

Die ambulante Versorgung wird von einem Team geleistet, das an das Krankenhaus (mittlerer Größe, etwa 100 Betten) angegliedert ist. Das Team wird von einer weißen zusammen mit zwei einheimischen Schwestern gebildet.

Dazu kommen jeweils zwei Krankenpflegeschülerinnen oder -schüler, die die MCH im Rahmen ihrer Ausbildung kennen lernen sollen. Das Krankenhaus liegt auf dem Land, es gibt nur eine etwa 40 km lange feste Straße an der Küste entlang, die nächste größere Stadt ist nur per Schiff oder Flugzeug zu erreichen. Umso wichtiger ist es, daß die Under-Five-Clinic mobil ist, d.h. auf die Dörfer zu den Leuten geht. Im Arbeitszimmer hängt eine Karte und ein Plan, auf dem vermerkt ist, wann und wo die Under-Five-Clinics stattfinden sollen. Die Dörfer, die sehr weit weg liegen, sind am schlechtesten dran, dahin kommt die Clinic u.U. nur ein bis zwei Mal pro Jahr. Zwei oder drei der Schwestern wandern dann zu Fuß oft wochenlang durch den Busch, das Gepäck in Netzen über dem Kopf tragend. Die nähere Umgebung wird im einmonatigen Turnus besucht, mit LKW, mit Schiff oder zu Fuß. Die Ausrüstung besteht aus ein paar Kisten, in denen sich Impfstoff, Verbandsmaterial, ein paar Medikamente usw. und die Gewichtskarten der Kinder befinden. In den Dörfern selbst ist der Termin durch den Aid-Post (ein Mann oder selten einmal eine Frau aus dem Dorf, mit einer Kurzausbildung in medizinischen Grundfragen), dem Lehrer oder einer verantwortlichen Frau bekannt gegeben worden. Wenn die Leute von der Under-Five-Clinic (U5C) den Ort erreichen, kommen Frauen und Kinder, auch Männer,

zu einer meist eigens zu diesem Zweck errichteten Hütte im traditionellen Stil. Wenn genügend Dorfbewohner versammelt sind, beginnt die Clinic mit Gesundheitserziehung. Eine Schwester erzählt in der einheimischen Sprache anhand von Bildtafeln etwas über Ernährung oder das Zustandekommen und den Verlauf einer Krankheit, wie z.B. der Wurmkrankheit. Vom Gesundheitsministerium werden entsprechende Plakate zur Verfügung gestellt, auf denen dann z.B. nur solche Lebensmittel abgebildet sind, die die Leute im eigenen Garten anbauen oder billig erwerben können. Wenn beispielsweise über die richtige und ausgewogene Zusammenstellung einer Mahlzeit geredet wird, wird als Proteinquelle eine bestimmte einheimische Bohnen-

PAPUA-NEU GUINEA

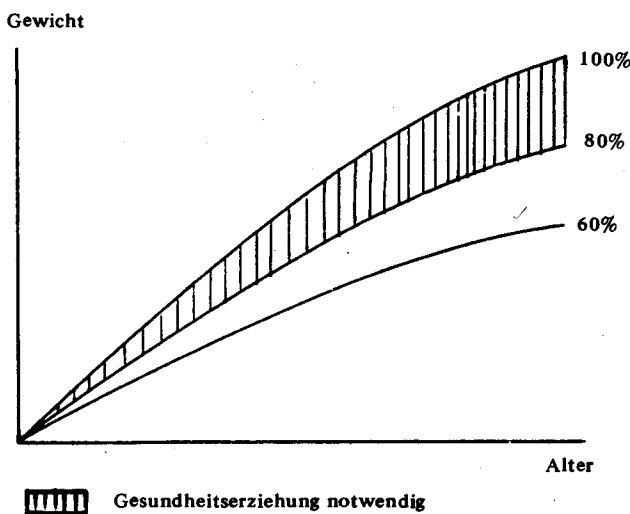
ist die östliche Hälfte der zweitgrößten Insel der Welt und umfasst ein Gebiet von 498 000 Quadratkilometern. (Im Vergleich dazu: die BRD ist etwa gleich groß).

Berge bis 4.500 m, riesige Sümpfe und Urwälder machen das Land unwegsam. Die meisten Gebiete und die meisten Städte sind nur mit Schiff, Flugzeug oder zu Fuß zu erreichen. Es existiert nur eine einzige lange Allwetterstraße ins Gebirge. Papua-Neu Guinea hat etwa 2 800 000 Einwohner, davon wohnen etwa 390 000 in Städten, der Rest auf dem Land. Bis zum 19. Jahrhundert war der Kontakt zu Weißen nur sporadisch, erst Ende des 19. Jahrhunderts wurde das Land kolonisiert, zuerst von England und Deutschland. Bis 1975 war Papua-Neu Guinea australische Kolonie, die Unabhängigkeit erreichte es auf friedlichem Wege. Eine „Demokratie“ nach westlichem Vorbild ist die derzeitige Regierungsform.

art gezeigt, von der durch eine Studie, die an der Universität der Hauptstadt gemacht wurde, bekannt ist, daß sie einen sehr hohen Eiweißgehalt hat. Es ist wichtig zu erklären, daß die einheimischen Nahrungsmittel hochwertig sind und es nicht notwendig ist, das weniger gehaltvolle Gemüse (wie z.B. Kohl) das durch die Weißen eingeführt wurde, zu essen. (Die Universität führt Untersuchungen durch, in welchen die einheimischen Feldfrüchte auf ihren Nahrungsgehalt hin untersucht und ausländische Produkte daraufhin geprüft werden, inwieweit sie die eigenen Früchte ergänzen und ob sie unter den gegebenen Wachstumsbedingungen angebaut werden können). Vor Süßigkeiten und „Lolly-Wara“ (Limnade) für die Kinder wird gewarnt, das ist Rubbish-Kaikai (schlechtes Essen). Immer wieder wird betont, daß das Stillen das Beste für das Baby ist, daß Flaschennahrung krank macht. Auch dafür existieren eindrucksvolle Plakate. (Werbung für Flaschennahrung ist in PNG verboten). Da im allgemeinen sehr lange gestillt wird, ist es auch wichtig zu erklären, daß das Kind ab dem 4. Monat zugefüttert werden muß mit zerkleinertem Gemüse aus dem eigenen Garten. Und daß die Mütter darauf achten, daß die Kinder bei dem Essen aus dem großen Topf genügend abbekommen, denn nicht selten gilt auch hier das Recht des Stärkeren.

Nach der „Theorie“ beginnt dann das Wiegen der Kinder. Die kleinen Kinder werden in den Netzen, in denen sie normalerweise auf dem Rücken der Mutter getragen werden, an eine Waage gehängt und dann das Gewicht in die Gewichtskarte eingetragen. Diese Karte erhält jedes Kind bei dem ersten Klinikbesuch und es wird jedesmal das Gewicht sowie der übrige Entwicklungs- und Gesundheitszustand eingetragen. Ein kritisches Alter für das Gewicht ist zwischen andert-

halb und zwei Jahren. Da zeigt sich häufig durch einen Knick nach unten, daß die Mutter aufgehört hat zu stillen und das Kind jetzt nicht mehr ausreichend ernährt wird. Bei über einjährigen Kindern wird außerdem mit einem Bändchen die Oberarmweite gemessen, die ebenfalls eine Aussage über den Ernährungszustand zuläßt: zeigt das Bändchen grün, ist das Kind gut ernährt, ist es rot, ist das ein Alarm-signal, das auch die Mutter gut verstehen kann. Mit diesen Frauen dann zu schimpfen, wäre die falsche Methode; diese Mütter würden sicher kein weiteres Mal erscheinen. Viel mehr wird durch ein Gespräch versucht, die Ursache herauszufinden, und es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie es besser zu machen ist. (In der Gegend, in der ich gearbeitet habe, war das Problem meist nicht das zu wenige Essen, sondern die falsche Zusammensetzung). Zeigt sich bei der Untersuchung, daß das Kind ernsthaft krank ist, wird der Mutter geraten, es gleich mit in das Krankenhaus zu geben. Die Mutter (oder manchmal der Vater) geht dann selbstverständlich mit.



100% entspricht dem Normalgewicht im jeweiligen Alter, unter der 80% Linie ist Aufklärung und Erziehung notwendig, unter der 60% Linie die Aufnahme in das Krankenhaus.

Durch das Zusammenbrechen der Traditionen, z.B. der Tabus für den Geschlechtsverkehr während der Stillzeiten, steigt die Geburtenrate. Zeigt sich, daß eine Frau durch zu viele Kinder überbelastet ist, wird sie gefragt, ob sie weitere Kinder wünscht, und im gegebenen Fall werden Mittel zur Empfängnisverhütung angeboten. Vor der Sterilisation haben die meisten Frauen Angst und nur relativ wenige kommen deswegen ins Krankenhaus. Pille und Spirale als weitere Möglichkeit werden je nach verantwortlicher Schwester oder Arzt empfohlen.

Wenn alle Kinder gewogen, untersucht und evtl. auch geimpft worden sind, werden die schwangeren Mütter in einem extra Raum oder zu Hause untersucht und beraten. Wenn Komplikationen aufzutreten drohen, wird geraten, ins Krankenhaus zu kommen.

Meist haben in der Zwischenzeit einige Frauen ein Essen zubereitet und die Schwestern setzen sich zu ihnen und man redet über das, was im Dorf so alles passiert ist.

Eine weitere Möglichkeit, der Fehlernährung entgegenzutreten, habe ich im Hochland erlebt. Dort hatten Schulkinder ein Haus im traditionellen Stil erbaut, in das Mütter mit schwer mangelernährten Kindern aufgenommen werden. Sie haben dort die Möglichkeit, unter Anleitung richtiges Zu-

sammenstellen der Nahrung zu lernen; natürlich nur mit Lebensmitteln, die sie sich auch zuhause leisten können und unter Bedingungen, die denen zuhause soweit wie möglich angepaßt sind. Wie die Erfolge einer solchen MCH in Zahlen ausgedrückt sind, konnte ich aus dem mir zugänglichen Material leider nicht zuverlässig entnehmen. In PNG ist es so, daß sehr große Unterschiede im Bezug auf Fehl- und Unterernährung in den verschiedenen Gebieten bestehen,



(zwischen zwanzig und sechzig Prozent je nach Gebiet) abhängig von den Bedingungen der Nahrungsbeschaffung. Im Sepik z.B., einem riesigen Fluß- und Sumpfgebiet, wo die Menschen sich hauptsächlich von Sago, d.h. Kohlehydraten ernähren, ist die Lage am schlechtesten, während in flachen, fruchtbaren Gebieten das Problem erheblich geringer ist. Daß auch die pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen kein Maßstab für den tatsächlichen Gesundheitszustand sind, zeigt die Statistik über Kindersterblichkeit.

	Kinder-Sterblichkeit 1/1000	Pro-Kopfausg. im Gesundheits- wesen in US \$	BNP p. Kopf
PNG (2)	106	6.00	400
Columbia (1)	102	3.50	290
Guatemala (1)	92	2.36	
Jamaica (1)	35	9.60	460
Thailand (1)	31	0.60	160

- 1) Bryant 1972 Health in the developing World
Cornell University Press Ithaca
- 2) Department of public health

Das zeigt ganz klar, daß auch die MCH nur im Zusammenhang mit der Veränderung der sozialen Situation eine Verbesserung der Gesundheit von Mutter und Kind erreichen kann.

Quellen: „Food and Nutrition in PNG“ by Rolf Korte
Department of Public Health

„Papua New Guinea National Health Plan 1974“

Sinn und Unsinn des Medikamentesammelns

Die Sammlung von Ärztemustern scheint zumeist die naheliegendste Möglichkeit, medizinische Hilfe in der 3. Welt auch von hier aus zu leisten. Die Problematik ist jedoch weitreichender.

1. Bedarf

Leitlinie für jede Sammlung muß der Bedarf und die Verwendbarkeit der Mittel in unterentwickelten Ländern sein.

Krankheitsbilder. Zu bedenken ist, daß viele Erkrankungen auf Unter- oder Fehlernährung aufgrund der mangelhaften Nahrungsmittelversorgung beruhen. Zumeist sind durch die Kolonialherrschaft die tradierten Formen des Anbaues, der Lagerhaltung und Aufbereitung von Nahrungsmitteln (Trinkwasser ist dazuzurechnen!) zerstört worden, zugunsten der Interessen der Kolonialmacht: Hauterkrankungen auf der Grundlage von Vitamin- und Eiweißmangel bei fehlenden Möglichkeiten der Körperhygiene (Waschen, saubere Kleidung), Infektionskrankheiten mit blitzartigen Verläufen bei abwehrgeschwächten Patienten; Geburtskomplikationen und ihre Spätfolgen bei Vielgebährenden; irreparable Organschäden und geistiger Entwicklungsrückstand sind alles typische medizinische Erscheinungsbilder der nachkolonialen sozialen Lage der Bevölkerung.

Medikamente, die dringend benötigt werden, haben deshalb insbesondere zunächst die Folgen dieser Lage symptomatisch abzumildern, um langfristigen an die Wurzel gehenden Verbesserungen Raum zu geben und dann überflüssig zu werden. Die Auswahl muß auf diesem Hintergrund getroffen werden und darf nicht gerade noch mehr

Abhängigkeit schaffen, wie am auffälligen Beispiel der Flaschennahrung für Säuglinge klar wurde.

Auch sollte einheimischen Heilmitteln und Heilverfahren der Vorzug gegeben werden: Es ist besser, eine Dorfgemeinschaft kümmert sich um einen psychisch Kranken, als die bekannten Präparate der Fa. XYZ AG zu verabreichen. Die Möglichkeiten sind gerade hier noch völlig unausgeschöpft.

2. Angebot

Das deutsche Pharmakaangebot ist selbst für Fachleute unüberschaubar in Zusammensetzung, Dosierung und Nebenwirkungen. Bedenkt man, daß üblicherweise das gesamte internationale Medikamentenangebot in Entwicklungsländer eingeschwemmt wird, so ist jedem in der medizinischen Praxis stehenden Kollegen einleuchtend, welches Chaos dadurch angerichtet werden kann und wird. Man stelle sich nur vor, daß die gesamte bunte Palette der hier angebotenen Antibiotika weitergereicht wird. Hinzu kommt, daß nur wenige Ärzte zur Heilbehandlung zur Verfügung stehen, die außerdem mit wichtigeren Dingen zu tun haben müssen, als ständig in internationalen „roten Listen“ nach Zusammensetzung, Dosierung und Nebenwirkungen von Medikamenten zu fahnden (Sofern überhaupt korrekt angegeben ...) Die Heilbehandlung wird meistens von weniger gut ausgebildeten Heilkundigen ohne übergeordnete Kontrolle durchgeführt. Eine Kontrolle oder Ausbildung kann sicherlich nicht durchgeführt werden, wenn beim Nachschub z.B. mal Novodigal, mal Lanitop, mal Gladixol an den Sanitätsposten kommt oder gar alle drei bunt gemischt. Leider wird dies aber von etlichen Gruppen so gemacht.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

An
medico international
Homburger Landstraße 455
6000 Frankfurt 50

Betr.: Spende für medizinische Entwicklungshilfe durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich medico international widerruflich, von mir zu entrichtende Zahlungen im Sinne einer Spende in Höhe von monatlich/vierteljährlich*

DM. (.....)
in Worten

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos, Nr.:

bei der
(genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes)

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

* Bei Beträgen unter DM 10,00 monatlich, bitte vierteljährliche Zahlungsweise.

Datum Unterschrift

Genaue Anschrift:

Solidarische Hilfe darf nicht ein Strohfeuer sein, sondern muß langfristige Kontinuität zusichern. Das Prinzip für Medikamentenversorgung heißt deshalb: Heute die Mittel schicken, die man auch morgen noch schicken kann.

Und man muß wenige verschiedene Mittel in ausreichender Menge schicken. Nur so kann sich allmählich eine sinnvolle Kenntnis und Erfahrung mit Therapie verbreiten. Das Prinzip, das hier bei uns gilt, trifft im verschärften Maß unter den noch schwierigeren Bedingungen der 3. Welt zu.

3. Unsere Möglichkeiten

medico international erhält zumeist spontan von Kollegen gemischte Sammlungen von Ärztemustern, gelegentlich auch gezielt für bestimmte Indikationen (z.B. TB) und Spenden von der Pharmaindustrie.

Unsere Verpflichtung zu echter und solidarischer Hilfe hat deshalb in jahrelanger Erfahrung und Diskussion mit den Empfängern zu folgendem Vorgehen geführt:

Aussortieren. Wir sammeln über lange Zeiträume gängige Präparate, die dann nach Erreichen bestimmter Packungsmengen versandfertig verpackt im Depot gelagert werden. Jedes dieser Pakete enthält dann nur eine Präparatsorte in einer Anwendungsform!

Aus den gemischten Medikamentensammlungen müssen wir zunächst etwa 80 % aussortieren und im Rahmen eines speziell dafür zugelassenen und entsprechend kostspieligen Verfahrens abfahren und gefahrlos beseitigen lassen. (Dies gilt natürlich nicht für ausgewählte Sammlungen bzw. Pharmagroßspenden!). Alle eingehenden ausgewählten Sammlungen und die ausgewählten Präparate werden dann alphabetisch nach Präparatnamen geordnet und auf langen Sortierregalen gelagert. Ist ein „normpack“ voll, wird dieses versandfertig eingepackt, im Depot eingelagert und registriert. Hochwertige Medikamente mit kurzen Zerfallsdaten werden gesondert erfaßt.

Sendungen werden dann aus diesem langfristig angelegten Depot zusammengestellt. Es wird dann aus den Sammlungen zu einem Indikationsgebiet von einem Mittel viel geschickt.

4. Konsequenzen

— Dennoch meinen wir aufgrund der gemachten Erfahrungen, daß der überwiegende Teil der Mittel gezielt bei Billigerstellern eingekauft werden soll. Wir haben hierfür zuverlässige Quellen, die tropenfeste Großpackungen speziell für Entwicklungsländer herstellen und zum Selbstkostenpreis an uns abgeben.

Die Vorteile dieses Vorgehens: Wir können den Empfängern langfristigen und festen Nachschub des gleichen Präparates in der gleichen Zubereitung und Dosierung zusichern und im Bedarfsfalle auch die Einkaufsmöglichkeit vermitteln. Dies erscheint uns im Hinblick auf die Planung der Gesundheitsdienste, Ausbildung von Personal, Verwaltungsvereinfachung und Erfolgskontrolle von so großer weitreichender Bedeutung, daß wir meinen, bei langfristigen Projekten dem den Vorzug geben zu müssen. Hinzu kommt außerdem auch bei kurzfristigen Hilfen, daß die Transportkosten für solche Großpackungen wegen des Wegfalls der gesamten Einzelverpackung wesentlich niedriger sind und daß oft unterm Strich bei einer Vielzahl von Mitteln die Kosten für die Sortierung, Lagerung, Versand von Ärztemustern größer sind als die für medeor-Mittel.

5. Zusammenfassung

Wir warnen eindringlich davor, gemischte Ärztemustersammlungen als buntes Päckchen in Entwicklungsländer zu schicken. Damit wird niemanden geholfen, sondern nur zusätzliche Probleme geschaffen, wie wir leider oft selbst dort sehen konnten. Stattdessen muß ausgewählt gesammelt werden und dann wie oben angeführt sortiert. Wir sehen den Einkauf von Mitteln über günstige Quellen als die beste Alternative und bitten deshalb Kollegen vermehrt um Geldspenden.

medico international

SIEBEN REGELN FÜR DAS SAMMELN VON MEDIKAMENTEN UND GERÄTEN

1. Keine Mittel fraglicher Wirksamkeit, wie Durchblutungsförderer, Arteriosklerosemittel, Leber-, „schutz“-präparate (außer Vitaminen), Kataraktmittel
2. Keine Mittel mit gefährlichen Kombinationen, (wie Corticoid mit Antiphlogistika) oder vielfältigsten Kombinationen (manche Herz-Kreislaufmittel)
3. Keine Mittel, die in der 3. Welt nicht benötigt werden, wie Lipidsenker, Appetitzügler, Anabolika, Bäder, Tees, „Aknemittel“,
4. Keine Mittel, die weniger als 1 Jahr vor dem Verfallsdatum sind (der Transport hierher, zum Hafen, in der 3. Welt bis zum Patienten dauert erfahrungsgemäß lange),
5. Postanlieferung an medico in größtmöglicher Verpackungseinheit, da je Paket (z.B. Schuhkartons) Zustellgebühr von 1,50 DM gezahlt werden muß. Bahnfracht kostet hohe Rollgebühren. Persönliche Anlieferung hier Mo. — Fr. 8.00 — 16.00 Uhr. Evtl. Rücksprache.
6. Bieten sich Gelegenheiten von Pharmavertretern Großmengen zu erhalten, ist dies zu begrüßen. Evtl. tel. Rücksprache.
7. Medikamentengruppen, die benötigt und gesammelt werden:
 - A. Antibiotika und Chemotherapeutika
 - B. Tuberculostatica
 - C. Antimykotica, Anthelmintica
 - D. Analgetica, Antirheumatica, Antipyretica, Corticoide
 - E. Hypnotica, Neuroleptica, Antidepressiva, Antiepileptica
 - F. Augen- und Ohrensalben und -tropfen
 - G. Bronchospasmolytica
 - H. Desinfektionsmittel
 - I. Verbandsmaterial

Darüber hinaus benötigen wir noch Instrumentarium jeder Art und jeden Alters. Bei größerem Gerät bitten wir um Rücksprache

medico international
Homburger Landstraße 455
6000 Frankfurt 50

Was engagierte Ärzte auf den Kapverdischen Inseln erwartet

Bericht über das Gesundheitswesen auf den Kapverden

Wir drucken den folgenden Bericht eines Arztes, der auf den Kapverden arbeitet, weil wir ihn für besonders aufschlußreich halten für alle diejenigen Mediziner, die in der Arbeit in einem Land der Dritten Welt eine Alternative zur Berufspraxis in der BRD sehen. Der Bericht zeigt, was man als Arzt realistischerweise erwarten sollte, wenn man in ein Land der Dritten Welt geht.

Red.

Zur Situation der Krankenhäuser auf den Kapverden

Zur Zeit gibt es auf den zehn Kapverdischen Inseln, von denen neun bewohnt sind, für eine Gesamtbevölkerung von 300 000 Einwohnern, zwei Zentralkrankenhäuser mit 271 Betten in Praia, der Hauptstadt, und mit 96 Betten in Mindelo, der Hafenstadt auf S. Vicente.

Diese beiden sind im Vergleich zu den regionalen Krankenhäusern auf vier weiteren Inseln, die jeweils zwischen zehn und zwanzig Betten haben, und die ohne technische Hilfsmittel wie Labor, Röntgen ohne Narkosemöglichkeit arbeiten, relativ gut ausgerüstet. Je nach Bevölkerungsdichte und Größe der Insel gibt es zusätzlich Sanitätsposten, die manchmal auch über 4-5 Betten verfügen. Sie werden von ausgebildeten Krankenschwestern und Pflegern geleitet und einmal wöchentlich oder alle 14 Tage von einem Arzt besucht, dem dann die Kranken vorgestellt werden, denen der Pfleger oder die Schwester nicht selbst weiterhelfen konnte. Manchmal scheitert dieses Prinzip an dem Glauben des Kranken, nur der Arzt könne ihn heilen.

Aufklärung der in Unwissenheit und Angst gehaltenen Bevölkerung

Täglich wird im Radio eine Viertelstunde lang ein Aufklärungs- und Unterrichtsprogramm gesendet. Über das einzige Radio im Dorf können die Bewohner z.B. erfahren, daß es wichtig ist, das Trinkwasser für Säuglinge und Kinder abzukochen, um die Durchfallkrankheiten, die die hauptsächlichste Ursache der sehr hohen Kindersterblichkeit (45% sterben vor ihrem 5. Lebensjahr!) sind, zu vermeiden. Das Wasser wird in großen Tonnen oft kilometerweit über gefährliche, steile Gebirgspfade herangeschleppt, es steht dann häufig den ganzen Tag in den Tonnen, so daß sich bei dem warmen Klima die bereits vorhandenen Keime noch vermehren. Das Abkochen des Wassers bereitet jedoch zur Zeit noch manchmal nicht zu überwindende Schwierigkeiten, weil das Brennmaterial zum Feuermachen fehlt. Holz und Gestrüpp sind Mangelware und auf dem Markt nur teuer und wenig zu bekommen, weil nichts wächst. Petroleum und Gas sind ebenfalls sehr teuer und reichen kaum für die Zubereitung der täglichen „cachupa“, der einheimischen Speise aus Bohnen und Mais.

Bei der Unterrichtung über einfache Medizin stößt man unter der Land- und Stadtbevölkerung noch auf große Schwierigkeiten. So z.B. der Geisterglaube. Das Volk wurde in der Kolonialzeit immer in Unwissenheit und Angst gehalten, die bis heute noch besteht und erst in langwieriger Arbeit langsam abgebaut werden kann. Aus dieser Angst heraus findet man in jeder Hütte, in jedem Haus, selbst in unseren Hotelzimmern, ein Petroleumlämpchen, das die ganze Nacht hindurch brennt. Leider beschwichtigt es nicht nur sehr oberflächlich die Ängste, sondern reizt gleichzeitig die Augen zu chronischen Entzündungen, bewirkt durch den

Rauch dauernde Reizungen von Rachen, Kehlkopf und Bronchien und ruft bei vielen noch Magenschleimhautentzündungen hervor. Die gesundheitliche Aufklärung muß also notwendigerweise einhergehen mit der Zerschlagung dieser Ängste, die durch Unwissenheit entstanden und während der portugiesischen Kolonialzeit niemals bekämpft wurden, weil sie dem Unterdrückertum dienlich waren.

Schwierigkeiten, die die Ärzte auf den Kapverden erwarten

Abschließend erwähne ich einige der Schwierigkeiten, die jeder Arzt, der sich entschließt, auf den Kapverden zu arbeiten, erfahren wird. Ich halte es für wichtig, sich speziell auf diese mehr psychischen Probleme vorzubereiten, möglichst in Gruppen, um sich auch dort dann in Gruppen kontrollieren und stabilisieren zu können. Meiner Meinung nach ist die intensive Vorbereitung auf die Fragen: Wie mache ich sinnvolle Aufklärungskampagnen? Wie gehe ich mit Kranken um, die sich nicht kooperativ verhalten? Wie erhöhe ich meine Frustrationstoleranz gegenüber Belastungen psychischer und körperlicher Art, die sicher oft überschritten wird, besonders am Anfang - sinnvoller und wichtiger als die genaue Vorbereitung innerhalb eines Tropenkurses.

Ein großes Problem ist die Disziplinierung der Kranken, die morgens in Scharen vor den Sanitätsposten sitzen. Der Krankenpfleger teilt Nummer aus in der Reihenfolge der Schwere der Erkrankungen und berücksichtigt auch, wie weit der Kranke entfernt wohnt (viele müssen bis vier Stunden zu Fuß zurücklaufen). Schwangere Frauen, Kinder und Alte werden auch zuerst hereingelassen. Der Pfleger notiert von jedem Name, Alter und Wohnort und ob er ein Attest für freie Behandlung hat, was bereits die erste Schwierigkeit darstellt. Fragt man z.B.: „Wie heißt du?“, so antwortet oft der Kranke: „35 Jahre“ oder er sagt: „Picos“, seinen Wohnort.

Ähnlich ist es mit den Angaben über Beschwerden. Oft werden bestimmte Ausdrücke immer wieder gebraucht, so z.B.: „peito fechado“, „verschlossene Brust“, was meistens Asthma bedeutet, aber auch unangenehme Gefühle in der Herzgegend heißen kann. „Estomago quente“, „Heißer Magen“, ist manchmal eine Gastritis, vielleicht aber auch Durchfall.

Man weiß nach kurzer Zeit, daß viele Kranke alle Beschwerden aufzählen, die sie in der letzten Zeit und auch früher schon hatten. Schwierig ist oft, herauszufinden, was der aktuelle Anlaß für ihr jetziges Kommen ist. Alle Angaben sind sehr ungenau, trotzdem bekommt man erstaunlich schnell einen Überblick über die häufigsten Erkrankungen. Anfangs ist es schwierig, mit dem uns anerzogenen Bedürfnis nach genauer Diagnose und weiterer Abklärung eines unklaren Krankheitsbildes fertig zu werden. Man muß die Konsequenz daraus ziehen, daß es außer in den Zentralkrankenhäusern keinerlei Untersuchungsmöglichkeiten zur genauen Diagnostik wie Labor, Röntgen, EKG, etc. gibt. Es geht dann nur um die Frage: Was kann ich mit meinen Mitteln tun? Kann ich behandeln? Habe ich Medikamente? - Oft werden Ausschußdiagnosen gestellt. Eine TBC kann selten durch ein Röntgenbild verifiziert werden.

Viele Kranke, die dauernd Medikamente einnehmen sollten, wie z.B. bei der sehr häufigen Hypertonie oder der Herzinsuffizienz, kommen nicht wieder, wenn ihr Medikament aufgebraucht ist. Es geht auch hier darum, eine wirkliche Aufklärung zu betreiben.

Viele kommen auch sehr spät, wenn sich Krankheiten bereits verschleppt haben. Mütter kommen manchmal mit ihren Säuglingen, die schon tagelang Erbrechen und Durchfall hatten; oft ist es zu spät.

Schwierigkeiten bereitet auch die passive Erwartungshaltung vieler Kranker, die sie dem Arzt entgegenbringen, die aus der Unterworfenheit während der Kolonialzeit resultiert, und die überall und immer wieder bekämpft werden muß. Als z.B. Danny, der belgische Arzt, der zusammen mit dem Capverdianer Carlos die von 40 000 Einwohnern besiedelte Insel Santo Antao versorgt, noch in Paris arbeitete (wo zunächst für ca. ein halbes Jahr alle ausländischen Ärzte hinkommen), wurde gerade erstmals die Bluttransfusion eingeführt. Um dieser Aktion den geheimnisvollen, angstbesetzten Mythos zu nehmen und zu zeigen, daß beim Blutspenden sowie beim Erhalten nichts Ungewöhnliches passiert,



ließ er sich selber vor allen Patienten das Blut abnehmen und spendete als Erster, in der Hoffnung und Erwartung, andere würden es ihm nachtun. Es geschah jedoch das Gegenteil. In der darauffolgenden Nacht wurde er von einer vielköpfigen Familie aus dem Bett geholt, um für einen Kranken Mann Blut zu spenden. Am Morgen drauf fing ihn eine Frau vorm Krankenhaus ab: Du bist so groß und stark, gib mir von deinem Blut! - Es kostete ihn gewaltige Energie und viel Zeit, ihnen klar zu machen, daß er nicht jeden Tag spenden konnte. Jetzt, ein Jahr später, hat sich bereits vieles positiv geändert. Familienmitglieder spenden Blut. Wenn sich niemand findet, spenden die FARP-Soldaten oder Lehrer.

Es gibt viele Beispiele in dieser Richtung, die die Notwendigkeit der Umerziehung deutlich machen.

entnommen aus:
Guinea-Bissau und Kapverden: Aufbau des Gesundheitswesens im Dienste des Volkes.
Broschüre der ACG, Ortsgruppe Berlin. Zu bestellen bei:
ACG - Geschäftsstelle
Obere Neckarstr. 10
6900 Heidelberg
Preis: 1,50 DM

KLEINANZEIGEN

Der Paraguay Rundbrief ist eine alle zwei Monate erscheinende Publikation mit Berichten und Dokumenten zu den innenpolitischen Ereignissen, der wirtschaftlichen Situation und zu politischer Unterdrückung in Paraguay. Der Paraguay Rundbrief kann zum Selbstkostenpreis von 8,- DM (Jahresabo) bezogen werden bei:

Paraguay Arbeitsgemeinschaft

Dieter Krämer

Im Hopfengarten 13

6300 Giessen 4

Die Belieferung erfolgt nach Einzahlung auf das Konto D. Krämer, Pschtkto. Ffm. 130272 - 609.

Suche Partner/in für unbegrenzten Lateinamerikaaufenthalt. Möchte auch längere Zeit unter Indianern leben und an sozialen Projekten mitarbeiten. Möchte voraussichtlich im Herbst nach Mexiko fliegen.

Anschrift:

Walter Gerner

Siedlung 7

8722 Grafenheinfeld - Raum Würzburg

ENGAGIERTE ERWACHSENENBILDUNG

Innerhalb der AG SPAK gibt es derzeit eine interessante Möglichkeit zur intensiveren Mitarbeit an der Fragestellung

ÜBERTRAGBARKEIT DER PAULO-FREIRE-METHODE AUF DIE ENGAGIERTE ERWACHSENENBILDUNG IN DER BRD.

Damit wir schon jetzt wissen, wer an diesem uns sehr wichtig und interessant erscheinenden Thema mitarbeiten möchte, bitten wir, daß die Interessierten kurz ankreuzen und uns in der Geschäftsstelle München mitteilen, wo Eurer Meinung nach Lust an Mitarbeit besteht.

☐ Mitarbeit bzw. Interesse an einem Seminar vom 21.-23. Oktober 1977 zu dieser Fragestellung (würde dazu gerne eingeladen werden und auch kommen)

☐ Interesse an einer intensiveren Mitarbeit in einer Arbeitsgruppe (Kommission) 2 Treffen sind vorläufig dazu vorgesehen

zeitliche räumliche Vorstellungen

☐ Übersetzung von unbekannten Texten Freires sowie anderer lateinamerikanischer Ansätze ins Deutsche

☐ Mitarbeit an der Erstellung einer Dia-Serie über Erwachsenenbildung in Lateinamerika - zur Anwendung in der

☐ Mitarbeit an der Erstellung einer Dia-Serie über Erwachsenenbildung in Lateinamerika - zur Anwendung in der BRD

Sonstige Fragen, Anregungen etc.:

Ich habe Erfahrungen durch/von/über/etc.:

Anschrift:

Bitte zurücksenden an AG SPAK, München 80,

Elsässer Straße 9

ALBANIEN - CHINA

Kritik an der Drei-Welten-Theorie

Die albanische Kritik an der Drei-Welten-Theorie der Chinesen

Am 7. Juli 1977 druckte die Zeitung des Zentralkomitees der albanischen kommunistischen Partei (PAA), „Zeri i Popullit“, einen längeren Artikel ab, der die Drei-Welten-Theorie, wie sie von den Chinesen vertreten und angeblich zur Grundlage ihrer Außenpolitik gemacht wird, auf das heftigste kritisiert. Dieser Artikel, den die Albaner in Peking demonstrativ an die ausländischen Diplomaten verteilten, vollzog endgültig, was sich schon seit längerem abgezeichnet hatte: den ideologischen Bruch der Albaner mit der chinesischen KP. Wir drucken den Artikel hier als Dokument nach, weil er sich entschieden und fundiert gegen die Praxis der Chinesen wendet, auch zu reaktionären und faschistischen Regimes in der Dritten Welt freundschaftliche Kontakte zu pflegen und dies noch als revolutionäre und antiimperialistische Außenpolitik auszugeben. Vgl. zu dieser Problematik auch unsere eigene Kritik an der chinesischen Außenpolitik in „blätter des iz3w“, Nr. 55, August 1976, S. 38-49. Der Artikel aus „Zeri i Popullit“ wurde von uns auf die für dieses Thema wichtigsten Stellen gekürzt und mit Zwischenüberschriften versehen.

Red.

Die einheimische reaktionäre Bourgeoisie und die faschistischen Regimes in den unterentwickelten Ländern sind Feinde des Befreiungskampfes: mit ihnen gibt es keinen Kompromiß

Es ist bekannt, daß in den vom Imperialismus ausgebeuteten Ländern, in den Ländern Asiens, Afrikas und Lateinamerikas, ein heftiger Kampf der freiheitsliebenden Völker für Freiheit, Unabhängigkeit und nationale Souveränität, gegen den alten und neuen Kolonialismus stattfindet.

Dieser Kampf ist und muß unweigerlich gegen einige Feinde gerichtet sein, gegen die imperialistischen Unterdrücker, in erster Linie gegen die beiden Supermächte, als die größten Ausbeuter und Weltgendarmen, die gefährlichsten Feinde aller Völker der Welt, gegen die einheimische reaktionäre Bourgeoisie, die durch tausend Fäden mit den ausländischen Imperialisten, mit dieser oder jener Supermacht, mit den internationalen Monopolen, verbunden und Feind der Freiheit und der nationalen Unabhängigkeit ist, gegen die starken Überreste des Feudalismus, die sich auf die ausländischen Imperialisten stützen und sich mit der reaktionären Bourgeoisie gegen die Volksrevolution vereinigen, gegen die reaktionären und faschistischen Regime, die Vertreter und Verteidiger der Herrschaft dieser drei Feinde.

Daher ist es absurd zu behaupten, man müsse nur gegen die äußeren imperialistischen Feinde kämpfen, ohne gleichzeitig die inneren Feinde, die Verbündeten und Komplizen des Imperialismus alle jene Faktoren, die diesen Kampf behindern, zu bekämpfen und anzuschlagen. Bisher hat es keinen Befreiungskampf gegeben, wurde keine nationaldemokratische und antiimperialistische Revolution durchgeführt, die keine inneren Feinde, Reaktionäre und Verräter, gekaufte und antinationale Elemente gehabt hätte. Man kann nicht, wie es die sogenannte Theorie der „drei Welten“ tut, alle Schichten der Bourgeoisie ausnahmslos, einschließlich der Kompradorenbourgeoisie, mit antiimperialistischen Kräften,

mit der Grundlage und den Faktoren gleichsetzen, die den Kampf gegen den Imperialismus vorantreiben.

Die Prediger der These von der „dritten Welt“ dagegen bezeichnen als Befreiungsbewegung, ja, noch mehr, auch als „Hauptkampf im Kampf gegen den Imperialismus“ selbst den Kuhhandel des Königs von Saudi-Arabien oder des Schahs des Iran mit den Erdölmonopolen der USA, ihrer Waffentransaktionen in Höhe von Milliarden und aber Milliarden Dollar mit dem Pentagon. Dieser Logik zufolge sind also die Ölscheichs, die die Gelder aus dem Erdöl in die Banken der Wallstreet und der City fließen lassen, Kämpfer gegen den Imperialismus und Befürworter des gegen die imperialistische Herrschaft gerichteten Volkskrieges, geben also die USA-Imperialisten, die den reaktionären und Unterdrückerregimen dieser Scheichs Waffen verkaufen, diese Waffen den „patriotischen“ Kräften, die kämpfen, um die Imperialisten von dem „goldenen Sand“ Arabiens und Persiens zu vertreiben.

In zahlreichen vom Kolonialjoch befreiten Ländern werden die Verbindungen der einheimischen Bourgeoisie mit dem ausländischen imperialistischen Kapital nicht nur aufrecht erhalten, sondern sie verstärken sich weiter und werden weiter ausgebaut, und zwar durch vielerlei neokolonialistische Formen wie die multinationalen Gesellschaften, die verschiedenen Wirtschafts- und Finanzintegrationen usw. Diese Bourgeoisie, die im wirtschaftlichen und politischen Leben des Landes Schlüsselstellungen innehat und sie ständig vergrößert, ist eine proimperialistische Kraft und Feind der revolutionären und Befreiungsbewegung.

Spricht man jedoch global von der sogenannten „dritten Welt“ als Hauptkraft des Kampfes gegen den Imperialismus und als Hauptkraft der Revolution, wie es die Anhänger der Theorie der „drei Welten“ tun, ohne irgendeinen Unterschied zwischen den wahrhaft antiimperialistischen und revolutionären Kräften und den herrschenden proimperialistischen, reaktionären und faschistischen Kräften in einer Anzahl Entwicklungsländer zu machen, heißt das, typisch opportunistische Auffassungen zu predigen, wodurch Konfusion und Verwirrung unter den revolutionären Kräften gestiftet wird. Im Grunde dürfen die Völker dieser Länder, der Theorie der „drei Welten“ zufolge, nicht gegen, sagen wir, die blutrünstigen faschistischen Diktaturen von Geisel in Brasilien und von Pinochet in Chile, von Suharto in Indonesien, des Schahs von Persien und des Königs von Jordanien usw. kämpfen, denn diese gehören ja zur „revolutionären Triebkraft, die das Rad der Geschichte vorwärtsdreht“. Dieser Theorie zufolge müssen die Völker und Revolutionäre sich im Gegenteil mit den reaktionären Kräften und Regimen der „dritten Welt“ vereinigen und sie unterstützen, mit anderen Worten, die Revolution aufgeben.

Der USA-Imperialismus, die anderen kapitalistischen Staaten und der sowjetische Sozialimperialismus haben die in den Ländern der sogenannten „dritten Welt“ herrschenden Klassen mit tausend Fäden an sich gebunden. Diese Klassen, die von den ausländischen Monopolen abhängig sind und ihre Herrschaft über die breiten Massen ihrer Völker verlängern wollen, versuchen natürlich, den Eindruck zu erwecken, als bildeten sie einen demokratischen Block unabhängiger Staaten, der das Ziel habe, Druck auf den USA-Imperialismus und den sowjetischen Sozialimperialismus

auszuüben und angeblich die Einmischungen in die inneren Angelegenheiten ihrer Staaten zu verhindern.

Die heutigen Theorien über die sogenannte „dritte Welt“, die sogenannten „blockfreien Länder“ usw. zielen darauf ab, die Revolution einzudämmen und den Kapitalismus zu verteidigen.

Die Autoren dieser Theorie verschleiern die Klassenwidersprüche, predigen den gegebenen Status quo, damit dem Imperialismus, Sozialimperialismus und den anderen imperialistischen Mächten ja nicht weh getan wird, vorausgesetzt, sie lassen Almosen zur Errichtung der Wirtschaft der „Entwicklungsländer“ springen. Ihnen zufolge müssen die Großmächte einige „Opfer“ bringen, etwas für die Hungrigen herausrücken, damit auch diese irgendwie leben können und nicht aufsässig werden. So werde sich, sagen sie, ein Mittelweg finden, werde eine „neue internationale Ordnung“ hergestellt werden, in der alle, Reich und Arm, Ausbeuter und Ausgebeutete „ohne Kriege“, „ohne Rüstung“, „in Einheit“, „in Klassenfrieden“, in Koexistenz leben werden.

Die kleineren imperialistischen Mächte der „zweiten Welt“ können nicht Verbündete des Befreiungskampfes sein.

Die Theorie der „drei Welten“ läßt nicht nur den Widerspruch zwischen den beiden entgegengesetzten Gesellschaftssystemen Sozialismus und Kapitalismus sowie den großen Widerspruch zwischen Lohnarbeit und Kapital außer acht, sondern analysiert auch den weiteren großen Widerspruch nicht, nämlich den Widerspruch zwischen den unterdrückten Völkern und dem Weltimperialismus, den sie auf den Widerspruch allein zu den beiden Supermächten, ja, hauptsächlich sogar zu einer von ihnen reduziert. Diese „Theorie“ ignoriert vollständig den Widerspruch der unterdrückten Völker und Nationen zu den anderen imperialistischen Mächten. Und nicht nur das. Die Anhänger der Theorie der „drei Welten“ rufen zum Bündnis der „dritten Welt“ mit diesen imperialistischen Ländern und mit dem USA-Imperialismus gegen den sowjetischen Sozialimperialismus auf.

In dem Schema der „drei Welten“ gehören zu der sogenannten „zweiten Welt“ imperialistische, kapitalistische und revisionistische Länder, die in Hinsicht auf die Gesellschaftsordnung keinen wesentlichen Unterschied zu den beiden Supermächten und auch nicht zu verschiedenen unter die „dritte Welt“ eingeordneten Ländern aufweisen. Zwar haben die Länder dieser „Welt“ gewisse Widersprüche zu den beiden Supermächten, aber das sind Widersprüche zwischen imperialistischen Charakteren, wie es auch die Widersprüche zwischen den beiden Supermächten selbst sind. In erster Linie sind es Widersprüche von solchen Imperialismen wie dem westdeutschen, japanischen, englischen, französischen, kanadischen usw. zu der einen oder anderen Supermacht sowie auch untereinander um Absatzmärkte, Einflußsphären, um Regionen für den Kapitalexport und die Ausbeutung der Reichtümer anderer.

Natürlich schwächen diese Widersprüche das imperialistische Weltsystem und sind im Interesse des Proletariats und der Völker. Es ist aber antimarxistisch, die Widersprüche der verschiedenen imperialistischen Mächte zu den beiden Supermächten mit dem Kampf der werktätigen Massen und Völker gegen den Imperialismus für seine Zerschlagung gleichzusetzen.

Keinesfalls kann es geschehen, daß die Länder der sogenannten „zweiten Welt“, mit anderen Worten, die in ihnen herrschende monopolistische Großbourgeoisie, zu Verbündeten der unterdrückten Völker und Nationen im Kampf gegen die beiden Supermächte und den Weltimperialismus werden. Die Geschichte nach dem II. Weltkrieg zeigt klar, daß diese Länder die aggressive Politik und die aggressiven Handlungen

des USA-Imperialismus wie in Korea und in Vietnam, im Nahen Osten und in Afrika usw. unterstützt haben und unterstützen. Sie sind flammende Verteidiger des Neokolonialismus und der alten Ordnung der Ungleichheit in den internationalen Wirtschaftsbeziehungen. Die Verbündeten des sowjetischen Sozialimperialismus in der „zweiten Welt“ nahmen mit ihm zusammen an der Besetzung der Tschechoslowakei teil und sind eifrige Befürworter seiner räuberischen Expansionspolitik in verschiedenen Gegenden der Welt. Die Länder der sogenannten „zweiten Welt“ sind die wirtschaftliche und militärische Hauptstütze der aggressiven und expansionistischen Bündnisse der beiden Supermächte.

Die Anhänger der Theorie der „drei Welten“ behaupten, sie schaffe breite Möglichkeiten zur Ausnutzung der zwischenimperialistischen Widersprüche. Die Widersprüche im Lager des Feindes müssen ausgenutzt werden. Doch auf welche Weise und zu welchem Ziel? Grundsätzlich gilt, daß sie stets zugunsten der Revolution, zugunsten der Sache des Sozialismus auszunutzen sind. Grundsätzlich gilt, daß die Ausnutzung der Widersprüche unter den Feinden zum Anwachsen und zur Verstärkung der revolutionären und Befreiungsbewegung führen muß und nicht zu ihrer Schwächung und ihrem Abflauen, daß sie zu einer immer aktiveren Mobilisierung der revolutionären Kräfte im Kampf gegen die Feinde, besonders gegen die hauptsächlichsten führen muß, ohne das Entstehen auch nur einer einzigen Illusion unter den Völkern ihnen gegenüber zuzulassen.

Zitat

„Strauß betonte mir gegenüber, daß die Chinesen mit ihm als jemandem sprachen, der bekannt ist als einer der standhaftesten Gegner der Sowjet-Union in der Welt“ (der südafrikanische Botschafter in Bonn, Donald Bell Sole, in einem Telegramm an seinen Außenminister Hilgard Muller über eine Unterredung mit dem CSU-Vorsitzenden nach dessen erster Visite in China).

DER SPIEGEL, Nr. 42/1976

Dadurch, daß die sogenannte „zweite Welt“, zu der die meisten kapitalistischen und neokolonialistischen Länder gehören, die die Hauptstütze der beiden Supermächte darstellen, als Verbündete der „dritten Welt“ im angeblichen Kampf gegen den USA-Imperialismus und den sowjetischen Sozialimperialismus hingestellt wird, wird der antirevolutionäre und pseudo-antiimperialistische Charakter der Theorie der „drei Welten“ offensichtlich.

Sie ist eine pseudo-antiimperialistische Theorie, denn sie rechtfertigt und unterstützt die neokolonialistische und Ausbeuterpolitik der imperialistischen Mächte der „zweiten Welt“ und ruft die Völker Asiens, Afrikas und Lateinamerikas dazu auf, sich dieser Politik, angeblich um des Kampfes gegen die Supermächte willen, nicht zu widersetzen. So wird in Wirklichkeit der antiimperialistische Kampf der Völker der sogenannten „dritten Welt“ wie auch der sogenannten „zweiten Welt“ geschwächt und sabotiert.

Der Imperialismus der USA ist nicht weniger gefährlich als derjenige der UdSSR

Indem sie sich bemühen, die Aufmerksamkeit des Proletariats von der Revolution abzulenken, predigen die Autoren der Theorie der „drei Welten“, daß in der heutigen Zeit die Frage der Verteidigung der nationalen Unabhängigkeit gegen die Gefahr der Aggression durch die beiden Super-

mächte, besonders durch den sowjetischen Sozialimperialismus, den sie als Hauptfeind betrachten, in den Vordergrund gerückt sei. Die Frage der Bestimmung, wer zu einer gegebenen Zeit der Hauptfeind im internationalen Maßstab ist, ist von großer Bedeutung für die revolutionäre Bewegung. Unsere Partei, die den Verlauf der Ereignisse, die klassenmäßige Analyse der gegenwärtigen Situation berücksichtigt, unterstreicht, daß der USA-Imperialismus und der sowjetische Sozialimperialismus, diese beiden Supermächte, heute die größten und Hauptfeinde der Völker sind und als solche die gleiche Gefahr darstellen.

Der sowjetische Sozialimperialismus ist ein brutaler, aggressiver und expansionsgieriger Imperialismus, der eine ausgesprochen kolonialistische und neokolonialistische Politik betreibt, die sich auf die Macht des Kapitals und der Waffen stützt.

Dieser neue Imperialismus kämpft in Rivalität mit dem USA-Imperialismus, um strategische Positionen zu erobern und seine Klauen auf alle Regionen und Kontinente auszustrecken. Er tut sich als Feuerlöscher der Revolution und Unterdrücker des Befreiungskampfes der Völker hervor. Das heißt aber nicht im geringsten, daß der andere Feind der Völker der ganzen Welt, der USA-Imperialismus, weniger gefährlich ist, wie die Anhänger der Theorie der „drei Welten“ behaupten.

Dem Proletariat und der proletarischen Revolution stellt sich die Aufgabe des Sturzes eines jeden Imperialismus, insbesondere der beiden imperialistischen Supermächte. Jeder Imperialismus ist aufgrund seiner Natur stets ein wütender Feind der proletarischen Revolution. Daher ist vom strategischen Standpunkt der Weltrevolution aus die Einteilung der Imperialismen in mehr oder weniger gefährliche falsch. Die Praxis hat bestätigt, daß die beiden Supermächte im gleichen Maß und auf der gleichen Ebene der Hauptfeind des Sozialismus, der Freiheit und Unabhängigkeit der Nationen sind, die größte Kraft zur Verteidigung der Unterdrückter- und Ausbeutersysteme. Die Leugnung dieser großen Wahrheit, die Unterschätzung der Gefahr der einen oder anderen Supermacht, und noch schlimmer, der Aufruf, sich mit der einen Supermacht gegen die andere zu verbünden, birgt katastrophale Folgen und große Gefahren für die Zukunft der Revolution und die Freiheit der Völker.

Gewiß geschieht es und kann es geschehen, daß das eine oder andere Land direkt von der einen der Supermächte unterdrückt und bedroht wird. Doch das heißt nie und nimmer, daß die andere Supermacht keine Gefahr für eben dieses Land darstellt, und noch weniger, daß die andere Supermacht zu einem Freund jenes Landes geworden ist. Der Grundsatz: „Der Feind meines Feindes ist mein Freund“ läßt sich nicht anwenden, wenn es um die beiden imperialistischen Supermächte USA und Sowjetunion geht.

In manchen unterentwickelten Ländern steht erst die nationaldemokratische Revolution auf der Tagesordnung, in manchen schon die sozialistische.

In den Ländern, die vollständig oder teilweise die politische Unabhängigkeit erlangt haben, befindet sich die Revolution in verschiedenen Entwicklungsetappen und vor ihr stehen nicht die gleichen Aufgaben. Unter ihnen gibt es Länder, die unmittelbar vor der proletarischen Revolution stehen, während in vielen anderen die Aufgaben der anti-imperialistischen nationaldemokratischen Revolution auf der Tagesordnung stehen. Aber in jedem Fall ist diese Revolution, solange sie auch gegen die internationale Bourgeoisie, den Imperialismus gerichtet ist, Verbündete und Reserve der proletarischen Weltrevolution.

Heißt das jedoch, daß solche Länder bei der nationaldemokratischen Phase stehenbleiben müssen und die Revolutionäre nicht von der sozialistischen Revolution sprechen und sie nicht vorbereiten dürfen, aus Angst, die Etappen zu überspringen und auszulassen? Lenin hat bereits zu der Zeit, als sich in diesen Ländern die bürgerlich-demokratischen Revolutionen noch im Keimzustand befanden, über die

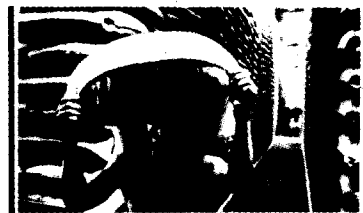
Notwendigkeit der Umwandlung der bürgerlich-demokratischen Revolution in die sozialistische Revolution gesprochen. Marx und Engels haben weder die Revolution von 1848 noch die Pariser Kommune als verfrüht bezeichnet.

Lenin betonte, daß die Revolution in den abhängigen und kolonialen Ländern vorangetrieben werden muß. Seit der Zeit Lenins sind in diesen Ländern große Veränderungen vor sich gegangen. Die Durchführung der proletarischen Revolution ist ein allgemeingültiges Gesetz und die Haupttendenz unserer Epoche. Diese müssen und werden unbedingt ausnahmslos alle Länder durchlaufen, darunter auch Indonesien und Chile, Brasilien und Zaire usw., unabhängig davon, über welche Etappen die proletarische Revolution erreicht werden wird. Dieses Ziel nicht beachten, die Erhaltung des Status quo predigen und über das „Nichtauslassen der Etappen“ theoretisieren, den Kampf gegen Suharto und Pinochet, Geisel und Mobutu vergessen, heißt weder für den nationalen Befreiungskampf noch für die nationaldemokratische Revolution sein.



**VERLAG
INTERNATIONALE
SOLIDARITÄT**
Zugweg 10, 5000 Köln 1

vis



DIE
DRITTE
WELT
IM
KAMPF
FÜR
DIE
NEUE
WELT-
WIRTSCHAFTS-
ORDNUNG

**WIR
WOLLEN DIE
HERREN
UNSERER LÄNDER
SEIN**

vis

ca. 170 S. Großformat br. ca. 10 DM Juli 1977

Das Buch gibt eine leicht verständliche Einführung in das Weltwirtschaftsgeschehen und unterstützt die Positionen der Dritten Welt



LIGA AKTUELL 10
112 S. br. 4,50 DM Mai 1977

Was passiert in Zaire? Welchen Hintergrund haben die Ereignisse? Wer sind die „Katanga-Gendarmen“? Volksaufstand oder russische Aggression? Was ist von der Regierung Mobutu zu halten?

Diese und andere Fragen behandelt die Broschüre. Im Anhang wichtige Dokumente.

REPRESSION IN DER BRD

Gegen die Ausweisung der indischen Studentin Gouri Ch. und die Entrechtung aller Ausländer

Im Frühjahr 1976 stellte die indische Studentin Gouri Ch. in Freiburg einen Antrag auf Verlängerung ihrer Aufenthaltserlaubnis, um ein Pädagogik-Studium zu absolvieren. Als dieser Antrag vom Amt für öffentliche Ordnung und vom Regierungspräsidium Südbaden abgelehnt wurde, erhob sie Klage beim Verwaltungsgericht. Gleichzeitig beantragte sie, bis zur Entscheidung über ihre Klage in der BRD bleiben und das Studium fortsetzen zu können. Dieser Antrag wurde nun vom Verwaltungsgerichtshof in Mannheim endgültig abgelehnt. Gouri soll also die Entscheidung über ihre Klage in Indien abwarten. Mit der Gerichtsentscheidung sind die Ausländerbehörden in ihrem Bemühen, Gouri aus der BRD rauszubekommen, nunmehr formaljuristisch abgesichert. Die Ausländerbehörde fürchtet jedoch weiterhin, daß ihre Machenschaften ans Tageslicht kommen und in einer breiten Öffentlichkeit publik werden.

Zu Beginn des Jahres hatte sich an der Pädagogischen Hochschule eine Initiativgruppe gegen die Ausweisung von Gouri gebildet, welche auf breite Unterstützung stieß. Bereits in den ersten Wochen, als sich Kommilitonen von Gouri in der Initiativgruppe zusammengeschlossen hatten, konnten über 1000 Unterschriften gesammelt werden gegen ihre Ausweisung auf der Grundlage der reaktionären Sondergesetzgebung für die Ausländer in der BRD, die Ausländergesetze.

Angesichts dieser großen Öffentlichkeit und Unterstützung ist gerade in der Ferienzeit die Gefahr sehr groß, daß die Ausländerbehörden mit dem Persil-Schein der Gerichtsentscheidung im Rücken Gouri ausweisen und den Versuch unternehmen werden, sie abzuschieben und in Haft zu nehmen. Die Studenten, die in der IG mitarbeiten, haben sich zum Ziel gesetzt, die Ausweisung von Gouri zu verhindern.

Zur Lage der ausländischen Studenten

Ausländische Studenten, die hier in der BRD studieren, sollen sofort nach Beendigung einer Ausbildung zurück in ihr Heimatland. Die Vergabe von Stipendien ist fast immer gekoppelt an die vertragliche Abmachung, nach der Ausbildung zurückzugehen. In den Richtlinien der BRD-Regierung zur Entwicklungspolitik heißt es, daß sie „die Reintegration ausländischer Hochschulabsolventen und fachlich qualifizierter Arbeitnehmer in ihre Heimatländer“ zunehmend fördert, „in denen sie für den dortigen Entwicklungsprozeß dringend benötigt werden.“ (Journalistenhandbuch, S. 30) Fragt man sich, welcher Entwicklungsprozeß da gemeint ist, bekommt man die Antwort: „Zum Aufbau der notwendigen sozialen Infrastruktur und Abbau der sozialen Spannungen.“ (Vgl. S. 87 des Handbuchs) Bereits der Wunsch, ein Zweitstudium aufzunehmen, ist ein Ausweisungsgrund. Was ein Zweitstudium ist, das legt die jeweilige Ausländerbehörde fest. Der Willkür und Schikane sind Tür und Tor geöffnet. Wir treten dafür ein, daß die ausländischen Studenten das Recht haben müssen, selbst darüber zu entscheiden, wie sie ihre Ausbildung hier gestalten wollen.

... und Arbeiter

Ausländische Arbeiter werden in der BRD weniger nach menschlichen oder rechtlichen als nach ökonomischen Gesichtspunkten (d.H. als Manövrierarmee von Arbeitskraft, als industrielle Reservearmee, die je nach Konjunktur mobilisiert oder demobilisiert wird) behandelt. Im übrigen wer-

den Ausländer noch schärfer politisch kontrolliert als deutsche Staatsangehörige, um antikapitalistische Kräfte auszuschalten. Das Ausländerrecht und seine praktische Anwendung geben dafür zahlreiche Beispiele:

1965 wurde in der BRD das geltende Ausländergesetz erlassen, welches in erster Linie den einheitlichen ökonomischen und politischen Kampf der deutschen und ausländischen Kollegen hier in der BRD behindern und die proletarische Solidarität zerschlagen sollte. Den juristischen Grundstein des Ausländergesetzes von 1965 bilden Verordnungen, die schon während des Dritten Reiches erlassen wurden. Zwar ist das frühere Kriterium, Ausländer müßten „der ihnen gewährten Gastfreundschaft würdig“ sein, um die Rechtswohltat hiesigen Aufenthalts genießen zu dürfen, im geltenden Gesetz nicht genannt - doch weggefallen ist es keineswegs: „Der Ausländer wird weiterhin als Gast angesehen, und es wird von ihm erwartet, daß er mit Offenheit den Behörden entgegentritt und sich gegenüber den Besonderheiten des 'way of life' in Deutschland unauffällig benimmt.“ (Heldmann, Ausländerrecht - Disziplinarordnung für die Minderheit, S. 15)

Den Ausländern werden die elementaren Lebensrechte aberkannt. Die Grundlage für die rechtliche Diskriminierung der Ausländer schuf das Ausländergesetz vom 28. 4. 1965. Ein Ausländer kann nach § 10 des Ausländergesetzes ausgewiesen werden. Als Ausweisungsgrund genügt Arbeit ohne Erlaubnis, Verkehrsdelikt, unsittliches Verhalten, längere Krankheit usw. Darüberhinaus enthält § 10 Absätze, die jede Ausweisung formal legitimieren können. In zusätzlichen Verordnungen zum Ausländergesetz wird bereits die Teilnahme an einer Demonstration oder die Verteilung von Flugblättern ebenso als Ausweisungsgrund wie lesbische Liebe oder 'wilde Ehe' mit einer deutschen Frau angegeben. Weitere Gesetze, wie z.B. die sogenannten Gesetze für die innere Sicherheit oder das Vereins- und Versammlungsgesetz, verbieten den Ausländern jede Art der politischen Betätigung. Eine Reihe von Verordnungen und Durchführungsbestimmungen bringen sie in eine Lage nahe der Rechtlosigkeit. In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Ausführung der Ausländergesetze vom 7. 7. 67 heißt es: „Ausländer genießen alle Grundrechte mit Ausnahme der Grundrechte der Versammlungsfreiheit, der Vereinsfreiheit, der Freizügigkeit, der freien Wahl von Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte sowie des Schutzes vor Auslieferung an das Ausland.“

Mit den Ausländergesetzen hat sich die BRD-Regierung eine Handhabe geschaffen, imperialistische Pläne durchsetzen zu können.

Jedem Versuch, die Ausländer in der BRD zu entrechten, müssen wir wirksam und solidarisch entgegentreten. Deshalb fordern wir:

- Keine Abschiebung der indischen Studentin Gouri!
- Weg mit den reaktionären Ausländergesetzen!
- Gleiche Rechte für Ausländer und Deutsche!
- Für freie gewerkschaftliche und politische Betätigung in Ausbildung und Beruf für Ausländer und Deutsche!

Plattform-Vorschlag der Initiativgruppe für einheitliche Aktionen gegen die Ausweisung von Gouri Ch. in Freiburg

Indianerbesuch in der Bundesrepublik

In den nächsten Monaten wird die „Gesellschaft für bedrohte Völker“ sich vor allem der Situation der indiansichen Urbevölkerung in Nord-, Mittel- und Südamerika zuwenden. Dazu werden wir ausführliches Informationsmaterial erstellen, um eine breite Öffentlichkeit auf die Probleme der Indianer aufmerksam zu machen.

Außerdem ist daran gedacht, zum ersten Mal Repräsentanten der wichtigsten indianischen Organisationen und Zeitungen aus Nord-, Mittel- und Südamerika in die Bundesrepublik einzuladen. Die Indianer kommen voraussichtlich im September/Oktobre in die Bundesrepublik im Anschluß an eine Konferenz der UN über Diskriminierung gegen Indianer, die im September in Genf stattfindet. (Evtl. kann sich der Besuch der Indianer aus organisatorischen Gründen um zwei bis drei Monate verzögern). Im Rahmen des Besuches sollen in Hamburg, Frankfurt, Berlin, München und anderen Städten der Bundesrepublik Informationsveranstaltungen stattfinden, um einen möglichst großen Kreis von Interessierten auf die Situation der 30 bis 40 Millionen Indianer hinzuweisen. Eingeladen wurden Vertreter der indiansichen Zeitung „Akwasasne Notes“ (USA), „Indigena“

(Mexiko), „Unidad Idigena“ (Kolumbien), „Chicham“ (Ecuador), und „Minka Noticero“ (Bolivien), ferner Repräsentanten der „National Indian Brotherhood“ (Canada), des „American Indian Movement“ (USA), der „National Indian Association to Panama“, des „Consejo Regional Indigena del Cauca“ (Kolumbien), der „Promocion Campesina Minka“ (Bolivien) sowie weiterer Organisationen aus Venezuela, Peru und Brasilien.

Da die Rundreise der indianischen Delegation erhebliche finanzielle Mittel beanspruchen wird, rufen wir hiermit zu **Spenden** für diese Veranstaltungsreihe auf, die unter dem Stichwort „Indianerbesuch in der Bundesrepublik“ zu überweisen sind an „Gesellschaft für bedrohte Völker, Postscheckkonto Hamburg 297793.

Auf Anfrage senden wir gerne weitere Informationen über den Indianerbesuch.

Gesellschaft für bedrohte Völker, 2 Hamburg 13, Parkallee 18



Solidaritätsbrief junger Christen für Ernesto Cardenal

Die katholische junge Gemeinde (KJG) veranstaltete im Juni in Aachen das „Forum Aachen 77“. Dabei hätte Ernesto Cardenal bei einer Veranstaltung mit dem Titel „Meditation und Widerstand“ zusammen mit einigen anderen politisch engagierten südamerikanischen Dichtern auftreten sollen.

E. Cardenal lebt in Nicaragua zusammen mit einer Landkommune und kämpft seit Jahren zusammen mit anderen um die Befreiung Nicaraguas von der Unterdrückung des Diktators Somoza und der ausländischen Wirtschaftsinteressen. Wegen dieses Kampfes wird Ernesto Cardenal politisch verfolgt und konnte deshalb auch nicht den geplanten Besuch in Westdeutschland durchführen.

Die etwa 900 Teilnehmer von „Meditation und Widerstand“ verabschiedeten daher folgenden Solidaritätsbrief an Ernesto Cardenal:

Lieber Ernesto,

Wir, Teilnehmer des „FORUM Aachen 77“ haben mit Bestürzung vernommen, daß Du Deinen Besuch in Deutschland, wo Du unter anderem auch auf der Großveranstaltung der KJG teilnehmen wolltest, absagen mußt. Wir haben Deinen Brief im „Publik Forum“ gelesen, in dem Du schreibst, daß Du befürchten mußt, die Regierung Nicaraguas würde Dir die Wiedereinreise verweigern, weil Du auf einer Reise in die USA versucht hast, durch umfangreiche Dokumente über die Situation in Nicaragua, den

Senat dazu zu bewegen, jegliche Hilfe einzustellen. Dies, so meinen wir, ist eine weitere Unterdrückungsmaßnahme des Somoza - Regimes, das - wie viele andere Regime der 3. Welt auch - versucht, die fortschrittlichen Kräfte durch Verhaftung, Folterung und Mord zu zerschlagen. Du selbst bist schon lange den Repressionen des Somoza-Regimes ausgesetzt, weil Du seit eh und je gegen die Machenschaften des Diktators Somoza, der sich allein durch die Hilfe der US-Regierung und der großen Konzerne an der Macht hält, die Du in Deinen Gedichten beim Namen nennst, gekämpft hast. Wir wissen, wie sehr das Volk von Nicaragua unter der Ausbeutung durch das Somoza-Regime und die großen nordamerikanischen Konzerne zu leiden hat und möchten Dir und den Bauern von Solentiname unsere Solidarität mit einem gerechten Kampf, den Ihr zusammen mit den anderen unterdrückten Völkern der Welt führt, erklären. Denn mit Euch kämpfen auch andere Völker für ihre Freiheit, wie z.B. das chilenische Volk, das unter der faschistischen Diktatur leidet, die mit Hilfe der USA errichtet wurde und die Völker Azanias (Südafrika), Zimbabwes und Namibias.

Wir sind mit Euch einer Hoffnung, daß das Somoza-Regime bald gestürzt wird, denn wir glauben, daß das Volk Nicaraguas und die anderen unterdrückten Völker im Kampf gegen Ausbeutung, Unterdrückung und Imperialismus siegen werden, wie es vor ihnen schon andere Völker getan haben.

Rundreise mit dem südafrikanischen Gewerkschaftsführer Drake Koka im Dezember

Aufruf: Das Organisationskomitee zum südlichen Afrika (OK) plant eine 14-tägige Rundreise ab 4. 12. 77 mit dem Gründer der illegalen südafrikanischen Gewerkschaft BAWU (Black African Workers Union) **Drake Koka**. Interessierte Gruppen können sich bis zum 10. 10. 77 melden bei: KSA Heidelberg, Obere Neckarstr. 10, 6900 Heidelberg. Dort sind auch nähere Informationen erhältlich.

Für diese Rundreise plant das OK eine Broschüre zu Südafrika. Als Zielgruppe möchten wir vor allem bislang wenig informierte Kollegen(innen), Lehrlinge und Schüler ansprechen. Schwerpunktmäßig soll sie auf folgende Themenkomplexe eingehen: Geschichte des Befreiungskampfes/Ökonomische Interessen einerseits Südafrikas selbst wie auch imperialistischer Mächte/Apartheidsgesetze/Auswirkungen der Apartheid/Aktuelle Widerstandsbewegungen/Vorstellungen der Befreiungsorganisationen/Verbindungen Südafrika-BRD, vor allem das Atomgeschäft. Wir meinen, daß es dazu bereits **fertiges** und einsetzbares Artikelmaterial gibt. Deshalb fordern wir alle Leser auf, uns solches Material zur Verfügung zu stellen. Bitte an: iz3w, Postfach 5328, 7800 Freiburg oder KSA Hannover, Postfach 3405, 3000 Hannover.

Das OK möchte für die Drake-Koka-Rundreise außerdem ein Plakat herausgeben, das die einzelnen Komitees vor und bei ihren Veranstaltungen einsetzen können. Deshalb die Bitte: schickt uns Plakate zu Südafrika, die ihr für diesen Zweck für geeignet haltet. Welche Auflage könnte das OK bei euch zu welchem Preis abkaufen? Eigene Plakatentwürfe, die bislang noch nicht gedruckt wurden, sind ebenfalls willkommen. Bitte an: Amicar-Gesellschaft, Obere Neckarstr. 10, 6900 Heidelberg. ✨

EINFÜHRUNG IN DIE ENTWICKLUNGSPOLITIK

Band I: Wirtschaftliche Lage der Entwicklungsländer. Historische Ursachen der Unterentwicklung. Broschüre, 122 S.

Band II: Gegenwärtige Ursachen der Unterentwicklung. Broschüre, 134 S.

Band III: Entwicklungspolitische Strategie gegen den Hunger. (Dieser Band erscheint Ende 77/Anfang 78)

Leicht verständliche Darstellung entwicklungspolitischer Grundzusammenhänge.

Jeder Band DM 6,50 plus Versandkosten

Bestelladresse: Verlag Waldemar Kutte
Postfach 930 524
2102 Hamburg 93

Hallo Wohngemeinschaften

Wenn Ihr sie noch nicht kennt, die „Montagsnotizen“, dann ist es angebracht, sich fix eine Probenummer gegen Einsendung von DM 1,30 in Briefmarken zuschicken zu lassen! die „Monos“ werden vom Verein **Humanes Wohnen in Hamburg** herausgegeben und behandeln alles, was Wohngemeinschaften betrifft. Und sie erscheinen regelmäßig! Jeden Monat.

Neue Nummer zu haben in linken Buchläden der BRD, an Kiosken in HH 13 oder direkt von:
Verein **Humanes Wohnen**, 2 HH 13,
Bundesstraße 9 (Porto DM 0,30!)

KLEINANZEIGEN

ENTWICKLUNGSPOLITISCHE MATERIALIEN 1977/78

hrsg. vom Arbeitskreis Dritte Welt Reutlingen 3. Jahrgang

bezug: arbeitskreis dritte welt reutlingen
lederstr. 34 7410 reutlingen

Zusammenstellung der in der BRD verfügbaren Unterrichtsmaterialien zum Thema Dritte Welt mit genau angegebener Bezugsquelle, Ausleihmöglichkeiten, Schulstufe, in der sie zu verwenden sind etc.

Unterrichtseinheit 'Unterentwicklung und Entwicklungshilfe am Beispiel Brasiliens'. Dokumentation, Auswertung und Selbstkritik einer UE, die in einer 9. Klasse/Gesamtschule durchgeführt wurde. 50 S., DIN A 4, DM 3,50 zu best. bei: Informationsstelle Lateinamerika, Buschstr. 20, 5300 Bonn

DRITTE WELT INFO - Dokumentation 1 - „Die Beschlüsse von Colombo 16. - 19. August 76“ -- Politische Deklaration, Wirtschaftsdeklaration, Aktionsprogramm, Koordinationsbüro, Resolutionen -- Ungekürzter Text deutsch -- 50 Seiten, broschiert, 3,- DM in Briefmarken, Mengenpreise -- Bestellungen: Dritte Welt Info, c/o Reinhard Pohl, Jägerhorst 6, 2300 Kiel 1

Welche entwicklungspolitische Gruppe interessiert sich für KOLUMBIEN und seine Probleme?
Bitten um Nachricht an: PROYECTOS - Entwicklungsberatungsgruppe AA 15.570, Bogota, Kolumbien

KONFERENZ DER „BLOCKFREIEN“ 1976 IN COLOMBO

Nachdruck sämtlicher Dokumente:

- Wirtschaftsdeklaration
- Politische Deklaration
- Aktionsprogramm
- und 32 Resolutionen

ca. 50 Seiten, Preis ca. DM 2,50
Bestellungen an: ig3w, Jägerhorst 6, 2300 Kiel 1

blätter des iz3w Nrn. 1 bis 12 und 28 zu kaufen gesucht.
Angebote An: Gerd Otto, Rothenbaumch. 103d,
2000 Hamburg 13, Tel.: 040 / 4105785.

Suche dringend Info/Erfahrungen über die Kinderrepublik in Nord-Spanien, da ich dort hin fahren möchte.
Maria Kenk, U 6, 17, 6800 Mhm-1, 0621 / 27166

DIE ZEIT EILT STEIG EIN FAHR MIT

Welche Desperados begeben sich mit uns in Lebensgefahr.
Wir fahren ab Mitte Nov. für 3 Mon. nach Nigeria/Kenia incl. Sahara-Durchquerung.

ZEIT LUST und GELD Voraussetzung!!

H.J. Schmidt
G. Kletzing
Farbmühle 17
56 Wuppertal 2
Postfach

Ich (29 J.) suche mangels Gelegenheit (tiefste Provinz!!!) Briefkontakt mit polit. Gleichgesinnten beiderlei Geschlechts

Heinrich Holtmann
Kleiner Weg 4
4471 Spahnharrenstätte
Tel.: 05952 / 1463 (abends)

Zur 29. Frankfurter Buchmesse.



literatur Eine
»NEU« deutsche
Literatur-
Zeitschrift
für Leser!

Über
100 Seiten
für 5 Mark

(Natürlich aus dem Neuen Konkret Verlag.)

Aus dem Inhalt:

Martin Walser: Warum ich schreibe - **Peter O. Chotjewitz:** Was ich durch Schreiben verdiene - **Bernt Engemann:** Wie wir behandelt werden - **Alfred Andersch:** Was man wegwirft - **Walter Boehlich:** Wer den Friedenspreis bekommt - **Peter Paul Zahl:** Was man im Knast liest - **Günter Wallraff:** Warum ich Angst habe.

Außerdem:

Ein Revolutionär darf entdeckt werden: **Hermann L. Gremliza** über **Karl Kraus.**

Konkrete Fragen - konkrete Antworten. **Literatur Konkret** - eine kritische Revue der bundesdeutschen Literaturszene. Pflichtblatt für alle, die mehr wissen wollen, als in den Bestseller-Listen steht.

Kurzrezensionen aller
wichtigen Neuerscheinungen im Herbst 1977.
Bibliographie - ausgewählt
und kommentiert.

Ab 12. Oktober 1977
an jedem Kiosk und im Buchhandel